Aus der Universitäts-Frauenklinik Würzburg
(Direktor: Professor Dr. C. J. GAUSS)

Über 62 Sterilisationen der Würzburger Frauenklinik von 1923 bis 1934 ohne Berücksichtigung der gesetzlichen Sterilisationen

*

Inaugural-Dissertation

verfaßt und der

Hohen medizinischen Fakultät der Bayerischen Julius-Maximilians-Universität Würzburg zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde

vorgelegt von

Wolfgang Hoehne
aus Gulow bei Perleberg

1937
Buchdruckerei Fritz & Rappert, Ochsenfurt am Main

Referent: Professor Dr. C. J. GAUSS

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Meinen lieben Eltern!

Inhalt.

Seite

Einleitung: Besprechung der wichtigsten heute gebräuchlichen Methoden und Indikationen 5

Eigene Fälle 12

I. Kasuistik 12

II. Kritische Besprechung 29

1) Material 29
2) Anzeigen 30
3) Sterilisationsmethoden 35
4) Neben den Sterilisationen ausgeführte Operationen 36
5) Ausgang 37

III. Zusammenfassung 37

Durch das Gesetz des erbkranken Nachwuchses ist die Frage der Sterilisation wieder in den Vordergrund gerückt.

Anlaß zu der mir übertragenen Arbeit sind die Fälle, die unabhängig von der gesetzlichen Bestimmung an der Würzburger Frauenklinik sterilisiert wurden. Es sind dies 62 Fälle von 1923 bis 1934, die unter dem Direktorat von GAUSS sterilisiert wurden.

Ich habe die mir gestellte Aufgabe so gelöst, daß ich, nachdem ich die heute wichtigsten und gebräuchlichsten Sterilisationsmethoden und Sterilisationsanzeigen — abgesehen von den gesetzlichen Sterilisationen — besprochen habe, zuerst das Material anführe, dann die Anzeige und Methoden der Sterilisationen sowie die nebenbei ausgeführten Operationen betrachte und über den Ausgang berichte. Den Schluß bildet eine Zusammenfassung.

Besprechung der wichtigsten heute gebräuchlichen Methoden und Indikationen.

In folgendem sollen von der Unzahl der Sterilisationsmethoden die besprochen werden, die sich durchgesetzt haben, am meisten angewandt werden und eine genügende Sicherheit bieten.

1. Tubensterilisationsmethode nach KEHRER:

Hier reseziert man nach doppelter Unterbindung der Tuben das Stück zwischen den Ligaturen und versenkt die Stümpfe nach Eröffnung des lig. latum in dieses.

Das Versenken der Stümpfe ist nicht immer leicht durchführbar (LABHARDT), auch besteht die Gefahr, daß sie sich aus der serösen Bedeckung befreien, da die Nähte der Tubenperistaltik ausgesetzt sind.

Mißerfolge sind beobachtet worden (Graviditäten). Da der isthmale Teil der Tube unversehrt ist und sich leicht aus der Fixierung freimachen kann, ist die Methode als unsicher anzusehen.

2. a) Tubensterilisationsmethode nach NEUMANN = Keilexcision:

Hier faßt man mit einer Klemme den uterinen Stumpf der Tube und umschneidet das gefaßte Gewebe unter Keilexcision aus dem Uterus, sodaß sich in dessen Mitte die pars interstitialis der Tube befindet. Die Wundfläche wird durch fortlaufende Naht geschlossen und das periphere Ende der Tube durch Catgutfäden ins Wundgebiet gezogen zur besseren Peritonealisierung.

b) Modifikation nach PEITMANN = subseröse partielle Tubenexstirpation:

Die Tube wird angespannt, durch einen 3—4 cm langen Schnitt der Serosamantel gespalten, das Tubenrohr herausgelöst und durch einen keilförmigen Schnitt aus dem Uterus excidiert. 3 cm seitwärts Unterbindung des Tubenrohres und Versenkung durch Schluß der leeren Peritonealhülle. 3—4 tiefgreifende Knopfnähte werden in die Uterusecken gelegt.

Prinzipiell sind beide Methoden gleich. NEUMANN sah nie einen Mißerfolg nach dieser Operation und ENGELMANN äußert sich über die Keilexcision der Tuben im Handbuch der Gynäkologie von Veit-Stoeckel: „Von allen Verfahren wird zur Zeit wohl die Keilexcision mit Resektion eines Tubenstückes, sorgfältiger Vernähung der Wunde und Versenkung des unterbundenen Tubenrohres zwischen die Blätter des lig. latum als sicherste Methode angesehen werden". THIESSEN steht auf demselben Standpunkt. HEYMANN zieht zur besseren Peritonealisierung das lig. rotundum über das Wundgebiet.

3. Tubensterilisationsmethode nach MADLANER:

Von dem Gedanken ausgehend, die Tubenschleimhaut durch Druck zum Veröden zu bringen, quetschte FRIEDMANN 1906 die Tuben und unterband die Querfurche. FLATAU quetschte nur die Tuben von 5 Frauen, ohne sie zu unterbinden, und alle 5 Frauen wurden wieder schwanger.

MADLANER modifizierte diese Methoden und geht folgendermaßen vor: „Der Operateur faßt mit einer Pinzette die Tube da, wo sie am beweglichsten ist, nicht in der Nähe des Uterus, sondern in der Mitte des Verlaufes oder lateral der Mitte. Die Tube wird in die Höhe gezogen, sodaß sie ungefähr rechtwinklig abgeknickt ist. Dann legt man mit der anderen Hand dicht unterhalb der Spitze der Pinzette die Doyenklemme an die Tube. Der von und zur Pinzette führende Teil wird damit schräg getroffen und zugleich ein kleiner Zipfel der Mesosalpinx mitgequetscht. Nun läßt man durch den Assistenten die Pinzette halten und setzt in den Ekrateur den Hebel ein, den man mit starkem Faustschluß zusammendrückt, sodaß in allen Fällen das Gewebe papierdünn wird. Nach Abnahme der Klemme wird eine dünne Zwirnligatur in die Querfurche gelegt". Diese Methode kann abdominal und vaginal durchgeführt werden. THIESSEN und FRÄNKEL halten die Ligatur mit unresorbierbarem Material wie einem Zwirnsfaden für gefährlich, da dadurch eine Salpingo-Peritonealfistel leicht herbeigeführt werden kann. FUCHS und LORK sahen nach Madlaner-Tubensterilisation 4 Tubargraviditäten. SÄNGER beobachtete eine Tubargravidität. Auch zu Adhäsionsstrangbildungen kann es kommen, wie ein Falle der Marburger Klinik zeigt, bei dem es 6 Wochen nach der Operation zum Ileus kam. Eine Bestätigung der Fränkelschen Meinung, wonach ein nekrotisches Stück ausfallen kann und danach das Lumen sich wieder öffnet, hat OTTO erbracht. An 2 Laparotomien, die den Sterilisationen folgten, konnte er zeigen, daß die unterbundenen Tubenschleifen abgefallen waren.

Die Gefahr der Methode liegt nach THIESSEN in der Unsicherheit des absoluten Verschlusses, der Aufhebung des Tubenlumens, in der eventuell nur unvollständigen Wiederherstellung derselben und der sich daraus ergebenden Folgen.

4. Tubensterilisationsmethode nach STOECKEL:

Der Leistenkanal wird wie bei der Alexander-Adams'schen Operation freigelegt, das Peritoneum geöffnet und die Tube mit einem Stieltupfer herausgewischt. Dreiviertel der Tube wird dann extraperitoneal zwischen der Bauchdeckenmuskulatur und vorderer Bauchdeckenfascie lateral eingebettet und das Peritoneum mit sehr dünnen Catgutfäden an die Tubenserosa fixiert. Die ligg. rotunda werden wie bei der Alexander-Adams'schen Operation an die Fascie genäht.

5. Tubensterilisationsmethode nach SCHRÖDER:

Dieser hat die Methode, vom Alexander-Adamsschnitt vorzugehen, so angewandt, daß er die Tube durchschneidet, die beiden Enden unterbindet und sie durch Nähte voneinander wegkehrt. Wenn der Leistenkanal geschlossen wird, werden die ligg. rotunda dazwischengelegt.

6. Tubensterilisationsmethode nach MENGE:

Dieser geht wie STOECKEL vor, nur reseziert er den ampullären Teil der Tube und extraperitonealisiert den unterbundenen Rest.

Als Komplikationen wurden Narbenendometriosen bei diesen inguinalen Methoden beobachtet. Diese Methoden erscheinen nach NAUJOK sehr zuverlässig.

7. Tubensterilisationsmethode durch Tubenknotung nach FLATAU und DOEDERLEIN:

Nach FLATAU wird die Tube da, wo die Fimbria ovarica an den Eierstock tritt, abgetrennt, die Ligamentplatte dicht an der Eileiterbasis entlang fast bis zum Eintritt des Eileiters in die Gebärmutter durchschnitten und so die Tube ganz beweglich gemacht. Aus dem Tubenrohr wird dann ein Knoten gebildet, der fest angezogen wird. FLATAU hat dieses Verfahren sechsmal ohne Versager angewandt. Doch konnte sich das Verfahren nicht einbürgern, da man fürchtete, daß die Peristaltik den Knoten lösen würde

DOEDERLEIN modifizierte diese Methode dahin, daß er einen Faden über den Knoten legte und dann noch die Madlanersche Quetschung durchführte, indem er entweder den Knoten selbst oder die Stelle vor dem Knoten quetschte. Die Komplikationsmöglichkeiten und die Unsicherheit erscheinen bei dieser Modifikation nur noch gesteigert.

Von den Sterilisationsanzeigen seien zuerst die medizinischen und dann die Sterilisationen als Nebenoperationen bei anderen operativen Eingriffen besprochen. Die eugenischen Sterilisationsanzeigen sind hier nicht besprochen, da sich diese Arbeit mit den unter das Sterilisationsgesetz fallenden Fälle nicht befassen soll. Doch sei hier schon erwähnt, daß 7 Fälle aus eugenischer Anzeige vor dem Sterilisationsgesetz an der Würzburger Frauenklinik sterilisiert wurden. Diese werden dann später besprochen. Sterilisationen wegen sozialer Rücksichten gab es an der Würzburger Frauenklinik nicht, wie sie ja auch heute nicht anerkannt werden.

Die Anzeige, die zur Sterilisation führt, hat häufig notgedrungen auch eine Interruptio der Schwangerschaft zur Folge. Deshalb seien hier auch die Schwangerschaftsunterbrechungen miterwähnt, zumal auch bei dem später angegebenen Material Schwangerschaftsunterbrechungen notwendig waren.

Medizinische Indikationen.

Lungentuberkulose: Bei den medizinischen Indikationen für eine Sterilisation steht an erster Stelle die Lungentuberkulose. Wegen ihrer großen Verbreitung ist der Arzt oft vor die Frage der Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation gestellt.

Bei der latenten Tuberkulose der Lunge ist in 80% der Fälle eine Verschlechterung durch die Gravidität nicht zu erwarten und so auch der künstliche Abort und die Sterilisation abzulehnen.

Anders liegen die Verhältnisse bei der manifesten Tuberkulose der Lunge. Hier wird in der Regel eine Verschlechterung des Leidens durch die Gravidität hervorgerufen, die das Leben der Frau aufs stärkste gefährdet, sodaß zunächst eine Schwangerschaftsunterbrechung und unter Umständen die Ausschaltung einer Empfängnismöglichkeit zu fordern ist. So beobachtete WINTER, der früher sehr zurückhaltend mit der Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation Tuberkulöser war, daß 35% der beobachteten Fälle starben und bei 57% eine wesentliche Verschlimmerung eintrat. Die Meinung über Sterilisations- und Unterbrechungsnotwendigkeit geht natürlich sehr auseinander. Deshalb sei hier eine maßgebliche Ansicht aus Veit-Stoeckels Handbuch der Gynäkologie angegeben: „Auf Grund unserer eigenen Erfahrungen und Berichte aus der Literatur können wir uns danach den etwas veränderten Leitsätzen Winters anschließen, welche lauten: Die Sterilisation ist angezeigt und bei bestehender Schwangerschaft mit dem Abort zu verbinden,

a) wenn der Verlauf der Tuberkulose Ausheilung oder temporären Stillstand mit größter Wahrscheinlichkeit ausschließt;
b) wenn eine geeignete Behandlung, die eine Ausheilung oder erhebliche Besserung des Prozesses möglich macht, nach Lage des Falles ausgeschlossen ist;
c) in jedem Falle von Kehlkopftuberkulose".

Bei der Kehlkopftuberkulose ist in jedem Falle die Schwangerschaft früh zu unterbrechen und die Sterilisation früh durchzuführen, da diese Fälle die schlechtesten Heilungsaussichten haben.

Herzkrankheiten: Als nächst wichtigste und häufigste Gruppe folgen die Herzkrankheiten.

Eine ganz besonders ungünstige Prognose geben die dekompensierten Fälle, sodaß nach WINTER jede fünfte Frau mit dekompensiertem Herzen in der Gravidität an dieser zugrunde geht. Nicht nur der Herzfehler als solcher ist von großer Bedeutung, sondern auch die eventuelle Herzmuskelschädigung. Die Myokarditis ist eine ernste Komplikation.

Von allen Herzfehlern ist die Mitralstenose besonders ungünstig zu beurteilen, da hier Dekompensationserscheinungen häufig sind und gleich zum Exitus letalis durch Schwangerschaft und Geburt führen können. Überstandene Geburten und Schwangerschaften hinterlassen oft bei Frauen mit Mitralstenose erhebliche Störungen, daß sie in ihrer Arbeitskraft und ihrem Gesundheitszustand schwer beeinträchtigt sind. So muß bei einer Frau mit Mitralstenose, die schon vor der Schwangerschaft Dekompensationserscheinungen zeigt, möglichst die Schwangerschaft verhütet werden und gegebenenfalls sie unterbrochen und die Frau sterilisiert werden. Bei Mehrgebärenden mit Mitralstenose, bei denen in früheren Graviditäten Dekompensationserscheinungen auftraten, ist mit Hinblick auf die Unsicherheit des Ausganges die Sterilisation berechtigt.

Bei den übrigen Herzfehlern ist die Prognose wesentlich besser. Man muß unbedingt abwarten. Bei diesen ist es der Grad der gleichzeitig bestehenden oder während der Schwangerschaft erworbenen Herzschwäche, die eventuell die Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft bezw. Sterilisierung geben kann. Bestehen schwere Erscheinungen der Dekompensation in der Schwangerschaft und wiederholen sich solche in verstärktem Maße in dieser, ohne daß durch entsprechende Behandlung eine Besserung eintritt, so ist auch hier eine Unterbrechung und Sterilisation angezeigt. Bei Frauen, die schon Kinder haben, wird man sich leichter dazu entschließen. Besonders in Fällen chronischer Herzinsuffizienz, wo die Therapie versagt und in früheren Schwangerschaften Anzeichen von Dekompensation vorhanden waren, ist die Sterilisation notwendig.

Selbst bei kompensiertem Herzen kann die Sterilisation angezeigt sein, wenn krankhafte Veränderungen vorhanden sind, die nicht vom Herzen ausgehen, aber die Herztätigkeit abnorm belasten, wie z. B. Kyphosen, Lungen- und Nierenerkrankungen.

Nierenkrankheiten: Es gibt nur wenige Nierenerkrankungen, die die Schwangerschaft komplizieren.

Die chronische Nephritis ist eine ernste Komplikation. Oft findet man schon eine Verschlimmerung des Leidens im Schwangerschaftsbeginn. Besonders die schweren chronischen Nephritiden, die mit Veränderungen am Herzen und Augenhintergrund einhergehen und uraemische Erscheinungen machen, sind es, die die Frage der Unterbrechung und Sterilisation aufwerfen.

Auch bei doppelseitiger Nierentuberkulose ist eine Sterilisation zu fordern, da bei Gravidität eine beschleunigte Verschlechterung auftritt.

Ein Fall des nachfolgenden Materials forderte die Interruptio und Sterilisation, da nach Entfernung der linken Niere wegen Pyelonephritis eine Niereninsuffizienz rechts auftrat.

Blutkrankheiten: Die perniciöse Anaemie und die Leukaemien ziehen eine Sterilisation und Schwangerschaftsunterbrechung in Frage. Nach SACHS gehen 70% aller perniciosakranken Frauen bei einer Schwangerschaft zugrunde. Interruptio und Sterilisation sind also angebracht. Leu-

kaemie und Schwangerschaft treffen selten zusammen und dann nur meistens bei den chronischen Formen, die durch die Schwangerschaft eine rapide Verschlechterung erfahren.

Morbus Basedow: Auch dieser kann gelegentlich Veranlassung zur Sterilisation geben. Die Symptome pflegen durch die Gravidität eine Verschlechterung zu erfahren. Es verschlechtern sich vor allem die Herzsymptome, die lebenbedrohlich werden können. Eine Sterilisation hängt natürlich von der Schwere des Falles und seiner Heilbarkeit ab.

Diabetes mellitus: Auch dieser wird durch eine Gravidität oft bis zu komatösen Zuständen verschlimmert. Doch konzipieren diabetische Frauen sehr selten. Auf alle Fälle stellt die Schwangerschaft eine ernste Komplikation dar, sodaß die Unterbrechung unbedingt angezeigt ist und eine Sterilisation eventuell in Frage kommt.

Augenerkrankungen: Die Retinitis albuminurica, die Neuroretinitis und die Ablatio retinae rechtfertigen eine Sterilisierung, wenn sie Teilerscheinung der chronischen Nephritis sind, wie dort schon besprochen wurde. Die Retinitis und Ablatio sind an sich keine Erkrankungen, die eine Sterilisierung rechtfertigen.

Sehnervenerkrankungen, nicht durch Nephritis bedingt, kommen häufig vor in der Schwangerschaft und sind oft durch diese verursacht. Oft verschlimmert sich das Leiden bei wiederholten Schwangerschaften. Das meistens beide Augen befallende Leiden tritt häufig erst im vierten Monat der Gravidität auf. Da durch Unterbrechung der Schwangerschaft und Verhinderung weiterer Geburten ein Stillstand und sogar eine Besserung des Augenleidens eintritt, ist eine Unterbrechung und Sterilisierung angezeigt.

In ganz seltenen Fällen können auch mal hochgradige Kurzsichtigkeit mit Netzhautablösung, gewisse Augenveränderungen, die schon vor der Schwangerschaft da waren und durch diese wesentlich verschlimmert werden, z. B. tabische Atrophie und das Glaukom eine Anzeige zur Sterilisation geben.

Ohrenerkrankungen: Hier kommt nur die Otosklerose in Frage. Die Erkrankung, die oft in der Gestationsperiode ihren Anfang nimmt, wird durch Schwangerschaft und Geburt auffallend verschlechtert. Es ist deshalb die eventuelle Unterbrechung und Sterilisation zu überlegen.

Psychische Erkrankungen und Psychoneurosen: Hierher gehören die reaktiven Depressionszustände psychopathischer Frauen, wo sie in Form von Schwangerschaftspsychosen auftreten. Im Mittelpunkt dieses Zustandes stehen stark affektbetonte Ideen, die sich an die Schwangerschaft anschließen. Das Denken, Fühlen und Handeln wird in so ungünstiger Weise beeinflußt, daß es zu Ausbrüchen von Angst und Verzweiflung mit Selbstmordideen kommt. Oft wird durch eine Interruptio eine Besserung herbeigeführt und STROHMEYER und PANKOW sind der Ansicht, daß bei Wiederholung der Depressionszustände in erneuter Schwangerschaft eine Sterilisierung angezeigt ist.

Neurasthenische Erschöpfungszustände entstehen meistens in ihrer schweren Form als völliger nervöser Zusammenbruch als Folge schnell aufeinanderfolgender Geburten auf dem Boden einer psychopathischen Konstitution. Häufig treten dabei Gewichtsabnahme, Verschlechterung des Blutbefundes und andere körperliche Schäden mehr auf. Der Grad der Erschöpfungszustände ist individuell verschieden. KRÖNIG hat als erster die Sterilisierung bei diesem Krankheitszustand gefordert. Natürlich ist diese Forderung umstritten. Auch WINTER setzt sich dafür ein: „Die Sterilisierung könnte aus einer körperlichen und geistigen Ruine eine Frau und Mutter machen, die alle Berufspflichten vollauf zu erfüllen imstande ist."

Multiple Skierose: Bei dieser kann durch eine Schwangerschaft eine deutliche Verschlimmerung hervorgerufen werden. Deshalb wird auch von Seiten der Psychiater empfohlen, bei Verschlimmerung des Leidens die Schwangerschaft zu unterbrechen. Da in erneuter Gravidität oft eine weitere Verschlechterung eintritt, so ist die Sterilisierung berechtigt.

Schwangerschaftsmyelitis: Neigung zu Rezidiven zeigt die Schwangerschaftsmyelitis. Eine Ausnahme stellt die Ausheilung des Prozesses dar, sodaß vor einer neuen Schwangerschaft gewarnt werden muß.

Enges Becken: Das enge Becken höheren Grades ist nach wiederholtem Kaiserschnitt eine sehr wichtige Indikation zur Sterilisierung. VEIT-STOECKEL, Handbuch der Gynäkologie: „Im Gegensatz zu manchem Operateur, der auch heute noch nach dem ersten Kaiserschnitt dem Wunsche der Patientin entspricht, halten wir uns für berechtigt, erst grundsätzlich bei der zweiten Wiederholung auf Wunsch die Sterilisation auszuführen." Aber auch Sterilisationen nach dem dritten Kaiserschnitt sind keine Seltenheit.

Sterilisationen als Nebenoperationen bei anderen operativen Eingriffen.

In der Regel wird eine Sterilisation bei plastischen Operationen dann angeschlossen, wenn es sich um ältere nicht mehr ganz junge Frauen handelt, die mehrere Kinder haben, zur Erhaltung der durch die Operation hergestellten Plastik, die durch eine Schwangerschaft zerstört würde. Das sind vor allem die verschiedenen Vorfalloperationen. Bei der Interpositio und der Promontorifixur wird durch eine Schwangerschaft nicht nur das Operationsresultat vernichtet, sondern auch die Frau in Lebensgefahr gebracht. Eine Sterilisation ist notwendig.

Eigene Fälle.

Es sollen jetzt die 62 Fälle, die in der Zeit von 1923 bis 1934 an der Würzburger Frauenklinik unabhängig vom Gesetz zur Verhütung des erbkranken Nachwuchses sterilisiert wurden, einzeln besprochen werden

I. Kasuistik.

Fall 1: M. R., 1923, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 283, 44 Jahre. (Hauptbuchauszug, da Krankengeschichte fehlt.)
16. 7. 1923: Aufnahme in die Klinik wegen beidseitiger Leistenhernie und Verwachsungen der rechten Adnexe.
Indikation: unbekannt.
20. 7. 1923: Herniotomia utraque, Tubensterilisation nach Stoeckel.

Fall 2: F. K., 1923, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 673, 36 Jahre, 3-para, verheiratet, 2 lebende Kinder.
Schwächliche Patientin, im dritten Monat schwanger, kommt auf ärztlichen Rat zur Einleitung der künstlichen Frühgeburt wegen eines Herzfehlers (Mitralinsuffizienz), da eine schwere Dekompensation zu fürchten ist, wie bei der letzten Gravidität.
12. 9. 1923: Aufnahme in die Klinik zur Schwangerschaftsunterbrechung und Tubensterilisation.
Herzbefund: Herzgrenzen nach rechts verbreitert, systolisches Geräusch über der Spitze, 2. Pulmonalton betont.
In den beiden unteren Extremitäten starke Oedeme.
Indikation: Zu fürchtende erneute Dekompensation, da schon bei der letzten Schwangerschaft dekompensiert.
14. 9. 1923: Interruptio, Tubensterilisation nach Kehrer.
Verlauf: ohne Komplikation.
28. 9. 1923: Entlassung. Beide Wunden p.p. verheilt.

Fall 3: R. P., 1923, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 681 (Hauptbuchauszug, da Krankenblatt fehlt).
13. 9. 1923: Aufnahme in die Klinik wegen Totalprolaps, Retroversio uteri mobilis.
Kolporrhaphie, Ventrifixur, Tubensterilisation nach Madlaner.
13. 10. 1923: Entlassung.

Fall 4: M. B., 1924, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 45, 30 Jahre, 4-para, verheiratet, 2 lebende Kinder.
Patientin in sehr schlechtem Allgemeinzustand kommt wegen Schmerzen im Unterleib, die schon seit der ersten Geburt 1918 bestehen.
18. 1. 1924: Aufnahme in die Klinik wegen eines Descensus uteri und Prolapsus vaginae.
Indikation: Plastik, schlechter Allgemeinzustand, 4 überstandene Geburten.
22. 1. 1924: Abrasio, hintere Plastik, Alexander-Adam'sche Operation und Tubensterilisation nach Stoeckel.
Verlauf: ohne Komplikation.
20. 2. 1924: Entlassung ohne Beschwerden. Wunden p.p. verheilt.

Fall 5: K. K., 1924, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 106, 32 Jahre, 4-para, 4 lebende Kinder.
Schwächliche Patientin im vierten Monat schwanger, wird vom Arzt zur Schwangerschaftsunterbrechung geschickt wegen einer jahrelang bestehenden jetzt fortschreitenden Lungentuberkulose.
26. 1. 1924: Aufnahme in die Klinik zur Interruptio und Tubensterilisation.
Indikation: fortschreitende Lungentuberkulose, überstandene 4 Geburten.
29. 1. 1924: Interruptio, Tubensterilisation nach Stoeckel.
Verlauf: ohne Komplikation.
12. 2. 1924: Entlassung. Wunden p.p. verheilt.

Fall 6: Ch. K., 1924, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 144, 38 Jahre, 11-para, verheiratet, 2 lebende Kinder.
Kleine Frau im schlechten Ernährungszustand, von großer Schwächlichkeit, mit jahrelangem Magenleiden, das sich bei den Graviditäten verstärkte (Ulcus?). Patientin kommt, weil sie sich weiteren Geburten nicht gewachsen fühlt.
14. 2. 1924: Aufnahme in die Klinik zur Tubensterilisation.
Indikation: Allgemeiner Schwächezustand, 11 überstandene Geburten, vermehrte Magenbeschwerden in der Gravidität.
19. 2. 1924: Tubensterilisation nach Menge.
Verlauf: ohne Komplikation.
4. 3. 1924: Entlassung. Wunden p.p. verheilt.

Fall 7: Ph. D., 1924, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 34, 36 Jahre 5-para, verheiratet, 5 lebende Kinder.
Patientin kommt mit typischen Prolapsbeschwerden.
7. 7. 1924: Aufnahme wegen Prolapsus vaginae.
Indikation: Plastik, überstandene 5 Geburten.
9. 7. 1924: Vordere und hintere Plastik, Tubensterilisation nach Menge.
Verlauf: 22. 7. 1924 beiderseits an den Wunden eine Einschmelzung, die eröffnet wird.
24. 8. 1924: Entlassung. Beiderseits punktförmige Dehiszenz. in den Wunden.

Fall 8: B. N., 1925, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 213, 33 Jahre, 6-para, verheiratet, 6 lebende Kinder.
Patientin in sehr schlechtem Allgemeinzustand, Skoliose, Lungenverschleimung, varikösen Geschwüren an den Beinen, die bei Gravidität stärker werden, kommt, weil sie Schmerzen im Kreuz hat und im Unterleib ein Druckgefühl nach unten verspürt. Sie ist im dritten Monat schwanger.
15. 4. 1925: Aufnahme in die Klinik wegen Descensus uteri, Prolapsus vaginae, Interruptio und Tubensterilisation.
Indikation: Sehr schlechter Allgemeinzustand, Skoliose, Lungenverschleimung, variköse Geschwürnarben an den Beinen, die bei Gravidität sich stark vergrößern. Befund von Professor Zieler: „Augenblicklich sind die Krampfadern und Geschwüre bei Frau N. völlig reizlos. Bei der Stärke der Krampfadern ist aber mit ziemlicher Sicherheit zu erwarten, daß mit forschreitender Gravidität weitere Geschwüre auftreten werden, die die Arbeitsfähigkeit aufheben werden".
21. 4. 1925: Interruptio (Frucht nicht mehr vorhanden), Feststellung eines Cervixrisses, danach Laparotomie — keine Perforationsöffnung — anschließend Tubensterilisation durch Keilexcision.

Verlauf: ohne Komplikation.
6. 5. 1925: Entlassung. Wunde p.p. verheilt.

Fall 9: D. R., 1925, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 163, 29 Jahre 4-para, verheiratet, 3 lebende Kinder.
Patientin, im dritten Monat schwanger, kommt mit der Bitte um Unterbrechung der Schwangerschaft, da von ihren 4 Kindern 3 idiotisch wären, und sie fürchtet, daß das zu erwartende Kind auch idiotisch sein könnte.
23. 7. 1925: Aufnahme in die Klinik zur Interruptio und Tubensterilisation. Patientin geistig normal, weder in der Familie des Mannes, noch der Frau etwas Belastendes zu finden.
Indikation: 3 von 4 Kindern der im dritten Monat schwangeren Patientin sind idiotisch, und es ist mit Sicherheit wieder mit einem idiotischen Kinde zu rechnen. Anfrage beim Bezirksarzt: „Es wäre wohl wünschenswert, die weitere Geburt eines wahrscheinlich idiotischen Kindes zu verhindern. Da das Gesetz aber gar keine Handhabe zu einem vorbeugenden Eingriff gibt, ist es m. E. formal juristisch nicht erlaubt, die Fehlgeburt einzuleiten. Ich persönlich würde keinem Kollegen, welcher dennoch eingriffe, einen Vorwurf machen."
25. 7. 1925: Interruptio, Tubensterilisation nach Kehrer.
Verlauf: 7. 8. 1925: Haematom im vorderen Douglas.
14. 8. 1925: Entlassung ohne Beschwerden.

Fall 10: V. G., 1926, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 21, 44 Jahre 4-para, verheiratet, 4 lebende Kinder.
Patientin klagt über Schmerzen im Kreuz und Unterleib.
16. 2. 1926: Aufnahme in die Klinik wegen Descensus vaginae, Retroflexio uteri mobilis partim fixata.
Indikation: Plastik, Ventrifixur nach Schauta-Doleris, 4 überstandene Geburten, fortgeschrittenes Alter.
18. 2. 1926: vordere und hintere Plastik, Ventrifixur nach Schauta-Doleris, Tubensterilisation nach Madlaner.
Verlauf: ohne Komplikation.
11. 3. 1926: Entlassung. Wunde p.p. verheilt.

Fall 11: M. K., 1926, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 57, 36 Jahre, 3-para, ledig, 3 lebende Kinder.
Patientin kommt, weil sie seit einem Jahr Schmerzen im Unterleib hat. Sie ist imbecill.
1. 2. 1926: Aufnahme in die Klinik wegen eines Descensus uteri et vaginae, Retroflexio uteri und zur Vornahme der Sterilisation.
Indikation: Plastik, Ventrifixur nach Sch.-D., Imbecillität (nach Rücksprache mit dem Gemeindepfarrer).
24. 4. 1926: Vordere und hintere Plastik, Ventrifixur nach Schauta-Doleris, Tuben nach Unterbindung durchtrennt und die Stümpfe durch zwei eingestülpte Nähte versorgt.
Verlauf: ohne Komplikation.
14. 5. 1926: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 12: A. B., 1926, Gyn. Stat., Krankenblatt Nr.: 347, 43 Jahre, 5-para, verheiratet, drei lebende Kinder.
Patientin kommt, weil sie ziehende Schmerzen im Unterleib hat und ständig einen Druck nach unten verspürt.

19. 7. 1926: Aufnahme in die Klinik wegen eines Descensus uteri et vaginae und eines Cervixpolypen.
Indikation: Plastik, fortgeschrittenes Alter, überstandene fünf Geburten, Profixur nach Sch.-D.
27. 7. 1926: Polypabtragung, vordere und hintere Plastik, Profixur nach Sch.-D. Beide Tuben werden doppelt unterbunden, ein etwa 2 cm langes Stück reseziert und die Stümpfe nebeneinander geknüpft.
Verlauf: ohne Komplikation.
12. 8. 1926: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 13: R. H., 1926, Geb.Stat., Krankenblatt Nr.: 521, 37 Jahre, 3-para, verheiratet, 3 lebende Kinder.
Patientin im 9. Monat schwanger, die zwei Zangengeburten und eine Sectio caesarea hinter sich hat.
1. 8. 1926: Aufnahme in die Klinik wegen engen Beckens I. Grades.
Indikation: Enges Becken I. Grades, ein überstandener Kaiserschnitt und zwei Zangengeburten, von denen die zweite eine hohe war, erneute Sectio.
1. 8. 1926: Sectio caesarea, Tubensterilisation nach Madlaner.
Verlauf: ohne Komplikation.
29. 8. 1926: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 14: M. S., 1926, Geb.Stat., Krankenblatt Nr.: 528, 38 Jahre, 8-para, verheiratet, 2 lebende Kinder.
Patientin, die dreimal spontan geboren hat. Die übrigen 5 Geburten mußten durch Wendung beendet werden, Gravidität im 9. Monat.
23. 7. 1926: Aufnahme in die Klinik wegen engen Beckens II. Grades.
Indikation: Enges Becken II. Grades, überstandene 8 Geburten, die, wie schon erwähnt, zum Teil schwierig waren.
16. 8. 1926: Sectio caesarea, Tubensterilisation durch Resection eines 3 cm langen Tubenstückes, Unterbindung und Aneinanderlagerung der freien Tubenenden.
Verlauf: ohne Komplikation.
31. 8. 1926: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 15: B. K., 1926, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 183, 44 Jahre, 1-para, verheiratet, 1 lebendes Kind.
Patientin kommt mit typischen Descensusbeschwerden.
5. 10. 1926: Aufnahme in die Klinik wegen eines Ektopium portionis, Descensus uteri, Prolapsus vaginae, Retrofl. uteri.
Indikation: Plastik, fortgeschrittenes Alter.
7. 10. 1926: Stomatoplastik der Portio, hintere und vordere Plastik mit Blasenraffung und Levatornaht, Appendektomie, Tubensterilisation nach Döderlein, Ventrifixur nach Sch.-D.
Verlauf: ohne Komplikation.
21. 10. 1926: Entlassung. Wunde näßt am unteren Wundwinkel.

Fall 16: A. St., 1926, Geb.Stat., Krankenblatt Nr.: 620, 34 Jahre, 3-para, verheiratet, 1 Kind lebt.
Patientin, gravida mens. IX, die einmal spontan geboren hat, bei der eine Geburt durch Perforation beendet werden mußte, und die schließlich durch einen Kaiserschnitt ein lebendes Kind bekam.
29. 9. 1926: Aufnahme in die Klinik wegen engen Beckens III. Grades (plattrachitisches Becken).

Indikation: Überstandener Kaiserschnitt, erneute Sectio.
9. 10. 1926: Sectio caesarea und Tubensterilisation durch Resektion eines 3 cm langen Tubenstückes und Aneinanderlagerung der beiden Enden.
Verlauf: ohne Komplikation.
23. 10. 1926: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 17: A. J., 1926, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 474, 50 Jahre, 8-para, verheiratet, 6 lebende Kinder.
Patientin kommt, weil sie seit der zweiten Geburt 1903 Schmerzen im Unterleib mit Druckgefühl nach unten hat. Verstärkung der Beschwerden in letzter Zeit, Erschwerung des Wasserlassens.
29. 9. 1926: Aufnahme in die Klinik wegen Prolapsus vaginae und Descensus uteri.
Indikation: Plastik, 8 überstandene Geburten, fortgeschrittenes Alter der Patientin.
16. 10. 1926: vordere und hintere Plastik mit Blasenraffung, Tubensterilisation, indem beiderseits ein 2 cm langes Stück reseziert und die freien Enden aneinandergelagert werden.
Verlauf: ohne Komplikation.
3. 11. 1926: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 18: B. St., 1926, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 577, 35 Jahre, 2-para, verheiratet, 2 Kinder leben.
Patientin im 3. Monat schwanger wird vom Arzt wegen Niereninsuffizienz zur Interruptio und Tubensterilisation eingewiesen.
2. 12. 1926: Aufnahme in die Klinik zur Tubensterilisation und Interruptio, da nach Entfernung der linken Niere 1922 wegen einer Pyonephrose eine Insuffizienz der rechten Niere durch Nierenfunktionsprüfung festgestellt wurde.
Indikation: Niereninsuffizienz rechts nach Entfernung der linken Niere.
11. 12. 1926: Interruptio, Tubensterilisation nach Menge.
Verlauf: ohne Komplikation.
31. 12. 1926: Entlassung. Kleine Dehiscenz im äußeren Winkel der linken Wunde.

Fall 19: C. L., 1927, Geb.Stat., Krankenblatt Nr.: 1, 44 Jahre, 10-para, verheiratet, 10 lebende Kinder.
Patientin im 9. Monat schwanger bekommt beim Beginn der Wehen stärkere Blutung.
11. 1. 1927: Aufnahme in die Klinik wegen Placenta praevia lateralis.
Indikation: 10 überstandene Geburten, die zum Teil pathologisch waren, fortgeschrittenes Alter, bevorstehende Sectio caesarea.
12. 1. 1927: Sectio caesarea und Tubensterilisation durch Keilexcision.
Verlauf: ohne Komplikation.
29. 1. 1927: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 20: Ch. W., 1927, Geb.Stat., Krankenblatt Nr.: 21, 29 Jahre, 3-para, verheiratet, 3 lebende Kinder.
Patientin im 9. Monat schwanger, die schon 2 Kaiserschnitte und einen Forceps überstanden hat.
15. 4. 1927: Aufnahme in die Klinik wegen engen Beckens I. Grades (plattrachitisches Becken).
Indikation: Zweimal überstandene Sectio, erneute Sectio.

6. 5. 1927: Sectio caesarea, Tubensterilisation. Da rechte Tube unter starker Spannung steht, wird sie unter Abtragung der Ampulle auf die vordere Uteruswand fixiert. Linke Tube typisch nach Madlaner.
Verlauf: ohne Komplikation.
23. 5. 1927: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 21: M. H., 1927, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 302, 29 Jahre, 4-para, verheiratet, 4 lebende Kinder.
Patientin hat periodeähnliche Schmerzen im Kreuz und Unterleib seit 3 Tagen, aber stärker als früher. Vor ½ Jahr Kaiserschnitt wegen Verschluß der Scheide nach Sturzgeburt. Seither keine Periode mehr (stillt ihr Kind nicht).
5. 7. 1927: Aufnahme in die Klinik wegen Atresia vaginalis totalis mit Haematometra.
Indikation: Atresia vaginalis totalis.
12. 7. 1927: Tubensterilisation nach Madlaner, Eröffnung der Vagina, Excision und Umsäumung der Narbenplatte.
Verlauf: ohne Komplikation.
1. 8. 1927: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 22: G. W., 1927, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 229, 36 Jahre, 2-para, verheiratet, 2 lebende Kinder.
Patientin, die bei den beiden Geburten schwere Puerperialpsychosen mit Suizidversuchen durchmachte, kommt wegen seit einiger Zeit bestehender Kreuzschmerzen.
2. 11. 1927: Aufnahme in die Klinik wegen Retroflexio uteri mobilis, Leistenhernie links und zur Tubensterilisation.
Indikation: Zweimal überstandene Puerperialpsychose mit Selbstmordversuchen.
3. 11. 1927: Herniotomia sinistra, Proflixur nach Alexander-Adams, Tubensterilisation nach Menge.
Verlauf: ohne Komplikation.
17. 11. 1927: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 23: B. O., 1927, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 555, 35 Jahre, 5-para, verheiratet, 4 lebende Kinder.
Patientin kommt, weil sie seit der letzten Geburt im Frühjahr 1927 Kreuzschmerzen hat.
6. 12. 1927: Aufnahme in die Klinik wegen Descensus uteri et vaginae, Appendicitis chronica.
Indikation: Plastik, 5 überstandene Geburten.
10. 12. 1927: vordere und hintere Plastik, Appendektomie, Unterbindung beider Tuben, Deckung und Versenkung des zentralen Stumpfes. Ventrifixur nach Sch.-D.
Verlauf: ohne Komplikation.
27. 12. 1927: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 24: L. Sp., 1928, Geb.Stat., Krankenblatt Nr: 19, 34 Jahre, 1-para, verheiratet, 1 Kind lebt.
Patientin, im 9. Monat gravid, die ihr Kind durch Sectio caesara geboren hat.
28. 12. 1927: Aufnahme in die Klinik wegen engen Beckens II. Grades.
Indikation: Status nach Kaiserschnitt, erneute Sectio.

11. 1. 1928: Sectio caesarea, Tubensterilisation nach Madlaner.
Verlauf: ohne Komplikation.
31. 1. 1928: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 25: A. L., 1928, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 285, 40 Jahre, 8-para, verheiratet, 3 lebende Kinder.
Patientin in sehr schlechtem Allgemeinzustand klagt über Rücken- und Leibschmerzen. Wiederholte Venenentzündung am linken Bein.
24. 5. 1928: Aufnahme in die Klinik wegen linksseitigen Ovarialtumors.
Indikation: Schlechter Allgemeinzustand, mehrfach überstandene Thrombose, 8 Geburten.
10. 6. 1928: Salpingoophorektomia sinistra, Tubensterilisation beiderseits durch Keilexcision, Appendektomie.
Verlauf: störungslos.
10. 7. 1928: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 26: H. V., 1928, Geb.Stat., Krankenblatt Nr.: 62, 38 Jahre, 2-para, verheiratet, 2 lebende Kinder.
Patientin im 9. Monat schwanger, die schon 2 Kaiserschnitte überstanden hat.
2. 8. 1928: Aufnahme in die Klinik wegen engen Beckens II. Grades.
Indikation: Zweimal überstandene Schnittentbindung, vor erneuter Sectio.
2. 8. 1928: Sectio caesarea, Tubensterilisation nach Kehrer.
Verlauf: ohne Komplikation.
18. 8. 1928: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 27: M. R., 1928, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 462, 42 Jahre, 8-para, verheiratet, 7 Kinder leben.
Patientin, die seit 2½ Jahren einen Ring trägt, klagt über Beschwerden beim Wasserlassen.
22. 9. 1928: Aufnahme in die Klinik wegen Prolapsus uteri et vaginae, Cystocele.
Indikation: Interpositio.
22. 9. 1928: Interpositio vesico-vaginalis. Tubensterilisation durch Unterbindung und Durchtrennung.
Verlauf: gestört durch hartnäckigen Meteorismus.
13. 10. 1928: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 28: D. M., 1928, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 542, 42 Jahre, 3-para, verheiratet, 2 lebende Kinder.
Patientin kommt wegen Schmerzen im Kreuz.
2. 10. 1928: Aufnahme in die Klinik wegen Retroflexio mobilis, Descensus uteri et vaginae, Appendicitis chronica.
Indikation: Plastik, Uterusprofixur.
11. 10. 1928: Vordere und hintere Plastik mit Blasenraffung und Levatornaht, Profixur des Uterus nach Schauta-Doleris, Appendektomie, Keilexcision der rechten Tube, linke Adnexe fehlen (1907 Operation wegen Tubargravidität links).
Verlauf: störungslos.
29. 10. 1928: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 29: L. M., 1929, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 20, 43 Jahre, 2-para, verheiratet, 1 Kind lebt.
Patientin klagt über Leibschmerzen und Druckgefühl nach unten.

9. 1. 1929: Aufnahme in die Klinik wegen Rezidivs nach vorderer und hinterer Plastik und Ventrifixur nach Schauta-Doleris.
Indikation: Plastik nach Rezidiv: Profixur nach Czerny-Leopold.
26. 1. 1929: Vordere und hintere Plastik, Profixur nach Czerny-Leopold, Tubensterilisation, indem das distale Ende der Tube abgeklemmt, unterbunden, die Mesosalpinx ligiert, ein ca. 2 cm langes Stück excidiert und der Tubenstumpf am Uterus fixiert und mit Peritoneum gedeckt wird.
Verlauf: störungslos.
14. 2. 1929: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 30: E. Sp., 1929, Geb.Stat., Krankenblatt Nr.: 606, 43 Jahre, 5-para, verheiratet, 3 Kinder leben.
Patientin im 9. Monat schwanger, die eine Sectio caes., zwei Zangengeburten, eine Perforation und eine Spontangeburt überstanden hat.
25. 9. 1929: Aufnahme in die Klinik wegen engen Beckens II. Grades.
Indikation: Enges Becken II. Grades, überstandener Kaiserschnitt, zwei Zangengeburten und eine Perforation. Erneute Sectio.
25. 9. 1929: Sectio caesarea, Tubensterilisation nach Madlaner.
Verlauf: störungslos.
12. 10. 1929: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 31: A. Pf., 1930, Geb.Stat., Krankenblatt Nr.: 29, 38 Jahre, 4-para, verheiratet, 3 Kinder leben.
Patientin im 9. Monat schwanger, die eine Zangengeburt, eine Perforation, eine Spontangeburt und eine Schnittentbindung überstanden hat.
13. 5. 1930: Aufnahme in die Klinik wegen engen Beckens II. Grades.
Indikation: Zwei überstandene pathologische Geburten per vias naturales, eine Sectio. Erneute Sectio.
13. 5. 1930: Sectio caesarea, Tubensterilisation nach Madlaner.
Verlauf: ohne Komplikation.
28. 5. 1930: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 32: F. H., 1930, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 190, 40 Jahre, 9-para, verheiratet, 4 lebende Kinder.
Patientin klagt über Schmerzen im Kreuz und Leib, sowie Druckgefühl nach unten.
21. 9. 1930: Aufnahme in die Klinik wegen Retroflexio uteri mobilis, Descensus vaginae, Laceratio portionis.
Indikation: Plastik, 9 überstandene Geburten.
23. 9. 1930: Emmet'sche Plastik, vordere und hintere Plastik, Profixur nach Baldy-Frank, Appendektomie, Tubensterilisation durch Keilexsision.
Verlauf: störungslos.
12. 10. 1930: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 33: E. G., 1930, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 638, 40 Jahre, 3-para, verheiratet, 3 Kinder leben.
Gesunde Patientin im 2.—3. Monat gravid, wird vom Arzt zur Schwangerschaftsunterbrechung eingewiesen, „da ihre Kinder einen Wasserkopf haben und geistig sehr minderwertig sind".
17. 11. 1930: Aufnahme zur Interruptio und Sterilisation.
Indikation: Untersuchung der 3 Kinder von Professor Rietschel ergibt: „Es besteht bei allen 3 Kindern ein Hydrocephalus mit starker Imbecillität und spastischen Erscheinungen an den unteren Extremitäten. Da der Krank-

heitszustand bei allen 3 Kindern gleichmäßig entwickelt ist, muß man annehmen, daß ein familiär erbliches Leiden vorliegt."
25. 11. 1930: Interruptio, Tubensterilisation nach Menge.
Verlauf: Fettgewebsnekrose in den beiden Alexander-Adams-Schnitten.
12. 12. 1930: Entlassung. Wunden nicht verheilt. Patientin verläßt auf eigene Verantwortung die Klinik.

Fall 34: J. H., 1930, Geb.Stat., Krankenblatt Nr.: 735, 26 Jahre, 1-para, verheiratet, 1 lebendes Kind.
Patient im 9. Monat schwanger; Status nach einem Kaiserschnitt.
16. 12. 1930: Aufnahme in die Klinik wegen engen Beckens II. Grades.
Indikation: Enges Becken II. Grades, überstandene Sectio. Erneute Sectio.
16. 12. 1930: Sectio, Tubersterilisation durch Keilexcision.
Verlauf: Exanthem im Wochenbett.
18. 1. 1931: Entlassung. Wunde reizlos.

Fall 35: A. F., 1931, Geb.Stat., Krankenblatt Nr.: 131, 30 Jahre, 3-para, verheiratet, 3 Kinder leben.
Patientin im 9. Monat schwanger, die eine hohe Zange und zwei Kaiserschnitte überstanden hat.
22. 2. 1931: Aufnahme wegen engen Beckens III. Grades.
Indikation: Enges Becken III. Grades, zwei überstandene Sectiones caesareae.
22. 2. 1931: Kaiserschnitt, Tubensterilisation nach Madlaner.
Verlauf: ohne Komplikation.
14. 3. 1931: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 36: J. F., 1931, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 191, 34 Jahre, 4-para, verheiratet, 3 Kinder leben.
Hinfällige Patientin, die an einer fortschreitenden Lungentuberkulose leidet, welche durch die Graviditäten verschlimmert wurde, wird zur Sterilisation eingewiesen. — 23. 3. 1931: Aufnahme zur Sterilisation.
Indikation: Fortschreitende Tuberkulose der Lunge, überstandene 4 Geburten
25. 3. 1931: Tubensterilisation durch Keilexcision.
Verlauf: störungslos.
9. 4. 1931: Entlassung. Wunde reizlos.

Fall 37: A. F., 1931, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 92, 31 Jahre, 4-para, verheiratet, 4 lebende Kinder.
Patientin, die seit 1930 einen Ring wegen ihres Vorfalles trägt, wird vom Arzt zur Operation eingewiesen, da der Ring nicht mehr hält.
18. 5. 1931: Aufnahme in die Klinik wegen Prolapsus vaginae, Ectopium cervicis, Retroflexio uteri mobilis, Appendicitis chronica.
Indikation: Plastik, 4 überstandene Geburten.
19. 5. 1931: Emmetsche Plastik, vordere Plastik mit Blasenraffung, hintere Plastik mit stumpfer Levatornaht, Profixur nach Baldy-Frank, Appendektomie, Tubensterilisation nach Madlaner.
Verlauf: ohne Störung.
5. 6. 1931: Entlassung. Wunde reizlos.

Fall 38: E. R., 1931, Geb.Stat., Krankenblatt Nr.: 38, 35 Jahre 3-para, verheiratet, 3 lebende Kinder.
Patientin im 9. Monat schwanger, die einmal spontan geboren (Walchersche Hängelage) und 2 Zangengeburten überstanden hat.

9. 6. 1931: Aufnahme in die Klinik wegen engen Beckens I. Grades (plattrachitisch).
Indikation: 3 erschwerte Geburten, bevorstehende Schnittentbindung.
9. 6. 1931: Kaiserschnitt, Tubensterilisation nach Madlaner.
Verlauf: Bronchitis.
28. 6. 1931: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 39: M. K., 1931, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 404, 30 Jahre, 4-para, verheiratet, 3 lebende Kinder.
Patientin im 3. Monat schwanger wird vom Arzt zur Interruptio eingewiesen, da ein Kind der Frau Bluter ist.
8. 6. 1931: Aufnahme in die Klinik zur Tubensterilisation und Schwangerschaftsunterbrechung.
Indikation: Patientin stammt aus einer Bluterfamilie. Ein Kind und ein Bruder der Patientin, sowie drei Kinder der Schwester leiden an Haemophilie.
16. 6. 1931: Interruptio, Keilexcision der Tuben.
Verlauf: komplikationslos.
3. 7. 1931: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 40: A. H., 1931, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 390, 44 Jahre, 4-para, verheiratet, 4 lebende Kinder.
Patientin klagt über Leib- und Kopfschmerzen.
3. 7. 1931: Aufnahme in die Klinik. Status nach vorderer und hinterer Plastik, sowie einseitiger Profixur des Uterus nach Alexander-Adams: Prolapsrezidiv.
Indikation: Interpositio uteri nach Schauta.
13. 7. 1931: Interpositio uteri nach Schauta, hintere Plastik, Tubensterilisation durch Resektion des isthmalen Teiles der Tube.
Verlauf: störungslos.
1. 8. 1931: Entlassung. Wunde reizlos.

Fall 41: C. A., 1931, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 86, 39 Jahre 3-para, verheiratet, 2 lebende Kinder.
Patientin, die vor kurzem einen schweren Erschöpfungszustand durchmachte, kommt mit den typischen Beschwerden einer Dysmenorrhagie.
10. 7. 1931: Aufnahme in die Klinik, da bei der Narkoseuntersuchung ein taubeneigroßer cystischer Tumor an den linken Adnexen festgestellt wird und A.Z.R. positiv ist.
Indikation: durchgemachter Erschöpfungszustand, der weitere Geburten unerwünscht erscheinen läßt.
25. 7. 1931: Probelaparotomie, Feststellung einer Hydratide, Appendektomie, Tubensterilisation nach Madlaner.
Verlauf: störungslos.
10. 8. 1931: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 42: V. M., 1931, Geb.Stat., Krankenblatt Nr.: 520, 36 Jahre, 2-para, verheiratet, 2 lebende Kinder.
Patientin im 9. Monat schwanger, die ihre beiden Kinder durch Schnittentbindung geboren hat.
31. 8. 1931: Aufnahme in die Klinik wegen engen Beckens II. Grades.
Indikation: zweimal überstandener Kaiserschnitt, erneute Sectio.
1. 9. 1931: Sectio caesarea und Tubensterilisation durch Resektion eines 1 cm langen Stückes.

Verlauf: nach anfänglichem Wohlbefinden stellt sich am 3. Tage eine leichte psychische Verwirrtheit ein. Es ergibt sich, daß die Frau nach jedem Kaiserschnitt vorübergehend geistig gestört war. Die mäßige Unruhe wird durch Morphium bekämpft. Der hinzugezogene Psychiater stellt eine gute Prognose. Innerhalb von 6 Tagen keine Besserung, sondern zunehmende Verschlechterung: Halluzinationen, Versündigungsideen, Schreien. Patientin soll deshalb in eine Psychiatrische Klinik verlegt werden. Vom Tage der Operation bis zur Verlegung bestehen geringe Temperaturen, die bisweilen abends bis 38,5° ansteigen. Leichte Bronchitis wird festgestellt. Wunde reizlos.

9. 9. 1931: Verlegung in die Psychiatrische Universitäts-Klinik.

16. 9. 1931: Exitus letalis in der Psychiatrischen Klinik.

Operationsbericht (Operation am 1. 9. 1931): in Narcylennarkose Excision der vom Nabel bis zur Symphyse verlaufenden alten Operationsnarbe. Durchtrennung der dünnen Bauchdecken und Eröffnung des Peritoneums. Die Zugängigkeit zum Uterus ist überall erhalten. Aufsuchen der Blasenumschlagsfalte, Abschieben der Blase nach unten. Der durch den cervikalen Anteil gelegte Schnitt muß noch 3 cm bis in den corporalen Teil fortgesetzt werden. Entwicklung des in linker Schädellage befindlichen Kindes durch Eingehen des rechten Zeigefingers in den nach rechts gerichteten Mund. Die weitere Entwicklung gelingt leicht. Es wird ein ausgetragenes, sofort schreiendes männliches Kind geboren. Manuelle Lösung der Placenta. Die zurückbleibenden Eihäute werden restlos entfernt. Nachtastung, da angeblich ein Cotyledon an der Placenta fehlen soll. Der Uterus wird leer gefunden. Catgutknopfnaht und fortlaufende Naht. Der Schnitt kann nur zu einem kleinen Teil von dem wenig beweglichen Blasenperitoneum gedeckt werden. Anschließend beiderseits Tubensterilisation durch Resektion eines 1 cm langen Tubenstückes. Dabei blutet es links stark. Peritonealnaht. Die Recti können nur im unteren Teil freipräpariert und über dem Schnitt vereinigt werden. Schichtnaht der Bauchdecken wie üblich. Michel'sche Klammern.

Diagnose: Gravida mens IX. nach zweimaliger Entbindung durch Sectio caesarea bei engem Becken.

Operation: Sectio caesarea cervicalis und anschließende Tubensterilisation.

Sektionsbericht (Sektion am 17. 9. 1931):

Klinische Diagnose: katatonisches Zustandsbild im Wochenbett nach Kaiserschnitt.

Anatomische Diagnose: Thrombose der Femoralis links, Embolie der Pulmonalis links, Bronchopneumonie und Bronchitis. Uterus nach Kaiserschnitt noch nicht ganz zurückgebildet, Bauchdeckenphlegmone, umschriebene Peritonitis. Trübe Schwellung der parenchymatösen Organe. Dekubitus.

Körperlänge: 156,5 cm. Leiche einer mittelgroßen Frau in mäßigem Ernährungszustand. Totenstarre vorhanden. Leichenflecke in den abhängigen Partien. Zwischen Nabel und Symphyse eine etwa 10 cm lange reaktionslose Operationsnarbe. Im Bereich der Narbe, zwischen dem subkutanen Fettgewebe und den Fascien der Bauchdeckenmuskulatur eine etwa hühnereigroße mit schmierigem Eiter gefüllte Abszeßhöhle. In der Kreuzbeingegend ein etwa handtellergroßer dunkel verfärbter Hautdefekt. Der Uterus ist nicht ganz kindskopfgroß und von weicher Konsistenz. An seinem Fundus eine frische 5 cm lange Narbe, deren sämtliche Nähte sufficient sind. In der Umgebung des Uterus ist die Serosa des Darmes streifenförmig gerötet

und das Peritoneum rauchartig getrübt. Appendix frei. Zwerchfell beiderseits in Höhe der 12. Rippe. In der eröffneten Bauchhöhle nichts von Erguß und fremdem Inhalt. Beide Pleurahöhlen frei von Erguß. Im Herzbeutel nur wenige Kubikzentimeter klarer nicht getrübter Flüssigkeit. Pericardblätter spiegelglatt. Herz faustgroß, gut kontrahiert. Nach Unterbindung der ab- und zuführenden Gefäße wird das Herz zur wissenschaftlichen Untersuchung der Medizinischen Poliklinik überlassen. Der linke Unterlappen durch leicht zu lösende Verwachsungen mit der Brustwand und dem Zwerchfell verklebt. In linker Lungenspitze ein verkalkter, dicht unter der Pleura gelegener, haselnußgroßer Herd. Am Hilus eine verkalkte Drüse. Die Pulmonalarterie und ihre sämtlichen Verzweigungen durch frische, mit der Wand nicht verklebte rote Gerinnsel verlegt. Rechte Lunge, vor allem der rechte Unterlappen, inniger mit der Brustwand und mit dem Zwerchfell verklebt. Die Pleura, vor allem der rechten Lunge, ist fast in allen Teilen durch dünne fibröse Beläge getrübt. Auf dem Schnitt ist der Unterlappen von kleinen bronchopneumonischen Herden durchsetzt. Der Ober- und Mittellappen gleichzeitig blut- und lufthaltig. Die Schleimhäute der Bronchien gerötet, mit mäßig starken vorspringenden Längs- und Querzügen der elastischen Fasern und Muskulatur. Im Magen nur Reste von flüssigem Speisebrei, die Schleimhaut angedeutet. Pankreas zeigt normalen Drüsenbau, Duktus frei. Milzpulpa nicht überquellend, Follikel und Trabekel erkennbar. Mark beider Nieren postmortal erweicht, Rinde unverändert. Kapsel der linken Niere gut abziehbar, das Organ von entsprechender Größe, ziemlich blutreich. Rinde und Mark unverändert. Die rechte Niere verhält sich wie das links gelegene Organ. Nierenbecken und Ureter frei. Aus der Galle entleert sich auf Druck reichlich Galle aus der Papilla vateri. Die Schleimhaut glatt und unverändert. Die Leber von entsprechender Größe, Oberfläche glatt. Auf dem Schnitt das Organ von blaßgelber Farbe mit deutlicher Läppchenzeichnung. Die Harnblase enthält mehrere Kubikzentimeter nicht getrübten Urins, Schleimhaut intakt. Rektum frei. Uterus nicht vollständig kontrahiert, die Oberfläche zeigt an mehreren Stellen etwa stecknadelkopfgroße Auflagerungen. Auf dem Schnitt erweist sich das Organ selbst sehr bluthaltig und brüchig. Im Inneren des Organs finden sich noch mehrere Eihaut- und Placentareste. (Nach Rücksprache mit Dr. M. wird die histologische Untersuchung der Placentastelle bezw. Placentareste vorgenommen. Im Fundus eine handtellergroße Placentastelle mit wenig Blutkoagula, keine Placenta). Die linke Femoralis vollständig durch einen frischen, nicht wandständigen Thrombus verlegt. Schleimhaut des Darmes in allen Teilen glatt und unverändert. An der Serosa die oben erwähnten peritonealen Veränderungen. Schleimhaut des Oesophagus blaß und ohne deutliche Veränderung. Schleimhaut der Trachea kaum gerötet, nicht hypertrophisch. Tonsillen und Schilddrüse o. B. Intima der Aaorta zart, keine Arteriosklerose.

Mikroskopischer Befund: Lunge: Alveolen teilweise mit Exsudat, teilweise mit Leukozyten gefüllt. In allen Gefäßen Stauung. Leber: Geringfügige trübe Schwellung. Niere: Trübe Schwellung der Tubuli kontorti. Uterus: Die weißlichen Auflagerungen erweisen sich als deciduale Umwandlungen des peritonealen Bindegewebes.

Bericht der Psychiatrischen Klinik vom 30. 4. 1936: Frau M. wurde am 9. 9. 1931 in die mir unterstellte Klinik aufgenommen und hatte schon 10. 9. an hohes Fieber bis 39,4°, öfters vom Typus inversus. Nur am

15. 9. war die Temperatur etwas niedriger und bewegte sich um 38°. Von Anfang an bestand ein schweres katatonisches Zustandsbild. Zunehmender Dekubitus am Kreuzbein.
Als eigentliche Todesursache muß wohl die schwere katatoniforme Psychose angesehen werden, die ich für eine echte Katatonie halte, ohne dies allerdings beweisen zu können, angesichts der infektiösen Komplikationen. Wir erleben es aber verhältnismäßig sehr oft, daß durch solche ganz schwere katatonische und katatoniforme Psychosen die sogenannte Lebenskraft (Vitalität) derartig rapide sinkt, daß die Patienten innerhalb weniger Tage sterben können, sei es unter Erscheinungen einer sekundären septischen Allgemeininfektion oder Bronchopneumonie, sei es ohne solche sekundären Komplikationen, nur an der Hirnkrankheit. Die Lungenembolie ist nach dem Sektionsbericht des Pathologischen Institutes sehr massiv gewesen, dürfte wohl aber erst in den letzten Lebensstunden eingetreten sein, zu einer Zeit, wo der ungünstige Ausgang ohnehin nicht mehr abgeändert werden konnte. Klinisch ist diese Lungenembolie nicht irgendwie hervorgetreten.

Fall 43: R. K., 1931, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 145, 46 Jahre, 4-para, verheiratet, 2 lebende Kinder.
Patientin klagt über typische Vorfallsbeschwerden.
11. 8. 1931: Aufnahme in die Klinik wegen Prolapsus vaginae, Descensus uteri.
Indikation: Interpositio, Plastik, fortgeschrittenes Alter, 4 überstandene Geburten.
14. 8. 1931: Kolporrhaphia anterior nach Interpositio des Uterus, Emmetsche Plastik, hintere Plastik, Tubensterilisation, indem beiderseits ein Teil der Tube exstirpiert wird.
Verlauf: Exsudat im Douglas, Temperaturen über 38°.
15. 9. 1931: Entlassung. Wunde reizlos, Douglas frei.

Fall 44: L. G., 1931, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 614, 45 Jahre, 5-para, verheiratet, 3 Kinder leben.
Patientin, die seit ihrer zweiten Geburt (1908) einen Vorfall der Gebärmutter und der Scheide hatte. Von 1911 bis vor einigen Monaten einen Ring getragen, der wegen starken Ausflusses entfernt werden mußte.
31. 10. 1931: Aufnahme in die Klinik wegen Descensus vaginae 4. Grades und Retroflexio ut. mob.
Indikation: Plastik, überstandene 5 Geburten, Alter von 45 Jahren.
6. 11. 1931: Links Profixur nach Alex.-Adams, rechts Profixur nach Menge, Tubensterilisation nach Madlaner, vordere und hintere Plastik.
Verlauf: ohne Komplikation.
27. 11. 1931: Entlassung. Linke Wunde sezerniert.

Fall 45: R. B., 1931, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 623, 39 Jahre, 4-para, verheiratet, 3 lebende Kinder.
Patientin klagt über Rücken- und Leibschmerzen, die seit der letzten Geburt 1929 bestehen. Ringeinlage bringt keine Erleichterung. 1922 Operation der Gebärmutterknickung.
10. 11. 1931: Aufnahme in die Klinik wegen Descensus vaginae 3. Grades, Rezidiv nach Profixur.
Indikation: Plastik, Rezidiv nach Profixur.

12. 11. 1931: Kolpoperineoplastik, Tubensterilisation: Hervorholen der Tube in ihrem mittleren Verlauf, Abquetschen, Resektion und Unterbinden der beiden Stümpfe mit je einem Catgutfaden.
Verlauf: störungslos.
1. 12. 1931: Entlassung. Laparotomiewunde fistelt und sezerniert noch stark.

Fall 46: J. I., 1931, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 659, 37 Jahre, 7-para, verheiratet, 4 lebende Kinder.
Patientin kommt mit dem Wunsche, sich sterilisieren zu lassen, da seit der letzten Schwangerschaft die Symptome der multiplen Sklerose, an der sie seit zehn Jahren leidet, in erhöhtem Maße verstärkt sind.
24. 11. 1931: Aufnahme in die Klinik zur Sterilisation.
Indikation: Verstärkung der multiplen Sklerose seit der letzten Schwangerschaft mit plötzlicher Abnahme der Intelligenz.
26. 11. 1931: Tubensterilisation nach Menge.
Verlauf: komplikationslos.
12. 12. 1931: Entlassung. Wunde reizlos.

Fall 47: K. Sch., 1931, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 521, 35 Jahre, 6-para, verheiratet, 5 lebende Kinder.
Patientin im 4. Monat schwanger wird von der Medizinischen Klinik zur Schwangerschaftsunterbrechung überwiesen, wegen einer erheblichen Herzinsuffizienz durch Myodegeneratio cordis mit Zeichen von Lungen-, Leber- und Nierenstauung, einer Arrhythmia absol., beiderseitigem Pleuraerguß.
25. 9. 1931: Aufnahme in die Klinik zur Vornahme der Interruptio, nachdem Patientin in der Medizinischen Klinik für diesen Eingriff vorbereitet wurde.
27. 9. 1931: Interruptio.
2. 10. 1931: Entlassung. In 5 Wochen wiederbestellt zur Tubensterilisation.
9. 12. 1931: Aufnahme in die Klinik zur Sterilisation.
Indikation: Myodegeneratio cordis mit schweren Insuffizienzerscheinungen, die weitere Schwangerschaften verbietet.
14. 12. 1931: Tubensterilisation nach Menge.
Verlauf: ohne Komplikation.
31. 12. 1931: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 48: H. L., 1932, Gyn.Stat., Krankenblatt-Nr.: 94, 25 Jahre, 3-para, verheiratet, 3 Kinder leben.
Patientin wird vom Arzt geschickt, der eine Sterilisation für ratsam hält, da Patientin aus einer schwer psychopathisch belasteten Familie stammt, selbst schwer psychopathisch ist und an Krampfanfällen und Nystagmus leidet. Auch ihre 3 lebenden Kinder sind psychopathisch.
10. 2. 1932: Aufnahme in die Klinik wegen Descensus vaginae 1. bis 2. Grades, chronischer Appendicitis und zur Tubensterilisation.
Indikation: Erblich belastete schwer psychopathische Frau, deren Kinder auch schon Zeichen des Leidens tragen.
23. 2. 1932: Hintere Plastik mit Levatornaht, Lösung von Adhäsionen in der Ileocoecalgegend, Tubensterilisation nach Madlaner.
Verlauf: komplikationslos.
12. 3. 1932: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 49: A. W., 1932, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 438, 44 Jahre, 12-para, verheiratet, 6 Kinder leben.

Patientin in schlechtem Allgemeinzustand klagt über Schmerzen im Rücken und Beschwerden beim Wasserlassen und Gehen. Sie sollte schon bei der letzten Geburt (1931) sterilisiert werden, doch war sie zu schwach und der Eingriff wurde verschoben.
12. 8. 1932: Aufnahme in die Klinik wegen Descensus vaginalis 3. Grades und zur Sterilisation.
Indikation: Schwerer Erschöpfungszustand, überstandene 12 Geburten, Plastik.
18. 8. 1932: Vordere und hintere Plastik, Tubensterilisation nach Stoeckel.
Verlauf: komplikationslos.
5. 9. 1932: Entlassung. Linke Wunde p. p. verheilt, rechte Wunde klafft.

Fall 50: M. M., 1933, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 168, 39 Jahre, 5-para, verheiratet, 4 Kinder leben.
Patientin klagt über Leib- und Kreuzschmerzen, die seit der letzten Geburt 1932 bestehen.
29. 3. 1933: Aufnahme in die Klinik wegen Prolapsus vaginae et uteri, Lacerationsectopium.
Indikation: Plastik, 5 überstandene Geburten.
5. 4. 1933: Sturmdorfsche Muttermundplastik, vordere und hintere Plastik, Levatornähte, Profixur des Uterus nach Baldy, Tubensterilisation nach Madlaner.
Verlauf: ohne Komplikation.
24. 4. 1933: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 51: I. R., 1933, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 321, 35 Jahre, 5-para, verheiratet, 4 lebende Kinder.
Patientin im 4. Monat schwanger vom Arzt überwiesen zur eventuellen Tubensterilisation und Interruptio. 3 Knaben der Patientin sind Bluter.
3. 7. 1933: Aufnahme in die Klinik zur Interruptio und Sterilisation.
8. 7. 1933: Interruptio.
19. 7. 1933: Entlassung. Zur Sterilisation wieder bestellt.
18. 8. 1933: Wiederaufnahme.
Indikation: Patientin stammt aus einer Familie mit Haemophilie. Ein Bruder der Patientin, ein Knabe der Schwester und drei Knaben der Patientin sind Bluter.
19. 8. 1933: Tubensterilisation durch Elektrokoagulation der Tubenostien auf hysteroskopischem Wege.
22. 8. 1933: Entlassung.
25. 9. 1933: Wiederaufnahme, da Hysterographie zeigt, daß beide Tuben durchgängig sind.
27. 9. 1933: Tubensterilisation durch Keilexcision.
Verlauf: störungslos.
14. 10. 1933: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 52: A. A., 1933, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 603, 38 Jahre, 5-para, verheiratet, 4 lebende Kinder.
Patientin klagt über Schmerzen im Leib und Kreuz.
22. 11. 1933: Aufnahme in die Klinik wegen Descensus vaginae 3.—4. Grades.
Indikation: Plastik, überstandene 5 Geburten.
25. 11. 1933: Kolporrhaphia ant. mit Blasenraffung, Kolpoperineorraphie, Tubensterilisation durch Keilexcision, Appendektomie.

Verlauf: Subfebrile Temperaturen, Puls 120, Erbrechen vom 1. bis zum 5. Tage nach der Operation. Parametranes Haematom.
30. 11. 1933: Entlassung auf eigene Verantwortung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 53: A. K., 1933, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 612, 38 Jahre, 5-para, verheiratet, 4 lebende Kinder.
Patientin empfindet seit 1932 im Unterleib ein Zug- und Druckgefühl nach unten.
27. 11. 1933: Aufnahme in die Klinik wegen Totalprolapses der Scheide und Retroflexio uteri.
Indikation: Interpositio uteri nach Schauta, hintere Plastik, Keilexcision der Tubenecken.
11. 12. 1933: Interpositio uteri nach Schauta, hintere Plastik, Keilexcision der Tubenecken.
Verlauf: komplikationslos.
3. 1. 1934: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 54: R. Sch., 1933, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 306, 18 Jahre, 0-para, ledig. Patientin im 4. Monat schwanger wird vom Arzt zur eventuellen Interruptio eingewiesen. Da die Patientin seit einem Jahre ausschließlich mit den beiden Brüdern geschlechtlichen Verkehr hatte und alle 3 Geschwister einen körperlich und geistig minderwertigen Eindruck machen, ist mit der Geburt eines minderwertigen Kindes zu rechnen. Die Geschwister stammen aus einer Vettern-Basenehe.
25. 6. 1933: Aufnahme zur Interruptio.
Indikation der Interruptio: Befund von Professor Reichard: „Tatsächlich findet sich in der Familie Sch. eine solche Häufung ungünstiger körperlicher und geistiger Anlagen, daß das zu erwartende Kind der R. Sch. mit höchster Wahrscheinlichkeit körperlich und geistig minderwertig sein wird".
14. 7. 1933: Interruptio.
23. 7. 1933: Entlassung. Zur Sterilisation wieder bestellt.
19. 9. 1933: Wiederaufnahme.
Indikation zur Sterilisation: die Häufung der minderwertigen Anlagen in der Familie und die wieder zu erwartende Kohabitation mit den Brüdern lassen eine Sterilisation erwünscht erscheinen.
19. 9. 1933: Tubensterilisation durch Elektrokoagulation auf hysteroskopischem Wege.
2. 10. 1933: Hysterosalpingographie: Tuben beiderseits durchgängig.
4. 10. 1933: Entlassung.
11. 1. 1934: Wiederaufnahme.
16. 1. 1934: Tubensterilisation durch Keilexcision.
Verlauf: komplikationslos.
2. 2. 1934: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 55: M. K., 1934, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 167, 39 Jahre, 7-para, verheiratet, 3 lebende Kinder.
Patientin, die 1927 einen Gelenkrheumatismus durchmachte, hat seit dieser Zeit eine Mitralstenose. Durch die letzten beiden Geburten verschlechterte sich der Zustand, sodaß die Patientin mehrmals dekompensiert war. Sie wird vom Arzt zur eventuellen Sterilisation eingewiesen. Herz augenblicklich kompensiert.
7. 3. 1934: Aufnahme zur Sterilisation.

Indikation: Patientin mit einer Mitralstenose, die während der letzten zwei Graviditäten mehrmals dekompensiert war. Erneute Schwangerschaft bedeutet Lebensgefahr.
20. 3. 1934: Tubensterilisation nach Menge.
Verlauf: störungslos.
6. 4. 1934: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 56: K. H., 1934, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 59, 45 Jahre, 2-para, verheiratet, 2 lebende Kinder.
Patientin klagt über typische Vorfallbeschwerden.
3. 4. 1934: Aufnahme in die Klinik wegen Prolapsus uteri et vaginae 4. Grades.
Indikation: Interpositio.
5. 4. 1934: Interpositio uteri vesico-vaginalis, vordere und hintere Plastik, Keilexcision der Tubenecken aus dem Uterus.
Verlauf: störungslos.
23. 4. 1934: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 57: A. Sch., 1934, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 138, 38 Jahre, 9-para, verheiratet, 8 lebende Kinder.
Patientin klagt über dauernde Kreuzschmerzen, die sich trotz Einlegen eines Ringes nicht gebessert haben.
2. 5. 1934: Aufnahme in die Klinik wegen Prolapsus vaginae 4. Grades, Retroflexio uteri mobilis.
Indikation: Plastik, überstandene 9 Geburten.
12. 5. 1934: vordere und hintere Plastik, Profixur nach Baldy, Tubensterilisation durch Keilexcision.
Verlauf: störungslos.
31. 5. 1934: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 58: F. M., 1934, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 101, 42 Jahre, 7-para, verheiratet, 7 Kinder leben.
Patientin klagt über typische Vorfallbeschwerden.
20. 6. 1934: Aufnahme wegen Prolapsus vaginalis 6. Grades, Retroversio uteri.
Indikation: Interpositio.
10. 7. 1934: Interpositio uteri vesico-vaginalis, hintere Kolporrhaphie, Tuben werden durchschnitten und unterbunden.
Verlauf: Anhaltende hohe Temperaturen für mehrere Tage unbekannter Herkunft. 17. 7. 1934 fieberfrei.
27. 7. 1934: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 59: A. Sch., 1934, Geb.Stat., Krankenblatt Nr.: 455, 25 Jahre, 2-para, verheiratet, 2 lebende Kinder.
Patientin im 9. Monat schwanger, die einmal spontan und einmal durch Schnittentbindung geboren hat.
30. 7. 1934: Aufnahme in die Klinik wegen engen Beckens 2. Grades.
Indikation: Schnittentbindung 1932, erneute Schnittentbindung.
30. 7. 1934: Sectio caesarea, Tubensterilisation nach Kehrer.
Verlauf: störungslos.
17. 8. 1934: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 60: S. F., 1934, Gyn.Stat., Krankenblatt Nr.: 320, 38 Jahre, 6-para, verheiratet, 3 Kinder leben.
Patientin hat seit 1926 nach der 4. Geburt Vorfallbeschwerden.

30. 7. 1934: Aufnahme wegen Prolapsus vaginae 5. Grades, Retroflexio uteri mobilis, Elongatio colli.
Indikation: Interpositio uteri nach Schauta.
2. 8. 1934: Portioamputation, Interpositio uteri nach Schauta, Tubensterilisation durch Keilexcision, hintere Plastik.
Verlauf: sötrungslos.
21. 8. 1934: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 61: R. B., 1934, Geb.Stat., Krankenblatt Nr.: 487, 28 Jahre, 3-para, verheiratet, 2 lebende Kinder.
Patientin im 9. Monat schwanger, die eine Perforation und zwei Schnittentbindungen überstanden hat.
18. 8. 1934: Aufnahme in die Klinik wegen engen Beckens 2. Grades.
Indikation: Zwei überstandene Kaiserschnitte, erneute Sectio.
20. 8. 1934: Sectio caesarea, Tubensterilisation durch Resektion eines Tubenstückes beiderseits.
Verlauf: ohne Komplikation.
7. 9. 1934: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

Fall 62: M. Pf., 1934, Geb.Stat., Krankenblatt Nr.: 508, 41 Jahre, 2-para, verheiratet, 2 lebende Kinder.
Patientin im 9. Monat schwanger, hat zweimal durch Schnittentbindung geboren.
3. 9. 1934: Aufnahme in die Klinik wegen engen Beckens 2. Grades.
Indikation: Zwei überstandene Schnittentbindungen, erneuter Kaiserschnitt.
3. 9. 1934: Sectio caesarea, Tubensterilisation durch Keilexcision.
Verlauf: störungslos.
20. 9. 1934: Entlassung. Wunde p. p. verheilt.

II. Kritische Besprechung.

Im folgenden soll nun das angeführte Krankengeschichtsmaterial einer kritischen Besprechung unterzogen werden. Ich bin so vorgegangen, daß ich, nachdem ich zuerst das Material anführe, die Anzeigen und Methoden der Sterilisationen, sowie die nebenbei ausgeführten Operationen betrachte und über den Ausgang berichte. Den Schluß bildet eine Zusammenfassung.

1. Material.

In der Zeit von 1923 bis 1934 wurden 62 Frauen sterilisiert. Davon entfallen auf die Jahre

1923 = 3, 1924 = 4, 1925 = 2, 1926 = 9,
1927 = 5, 1928 = 5, 1929 = 2, 1930 = 4,
1931 = 13, 1932 = 2, 1933 = 5, 1934 = 8.

Das sind im Durchschnitt 5,16 Frauen im Jahr.

Betrachten wir das Alter der sterilisierten Frauen, so zeigt sich, daß das Durchschnittsalter 36,5 Jahre beträgt und die älteste Frau 50 Jahre, die jüngste 18 Jahre alt war.

Von diesen 62 Frauen waren 61 Mütter mit einer Durchschnittskinderzahl von 4,38. Ledig waren nur 2 Frauen = 3⅓%.

2. Anzeigen.

Betrachtet man nun die Anzeigen, die zur Sterilisierung Anlaß gegeben haben, so zeigt sich, daß wegen medizinischer Indikationen 28, wegen eugenischer Indikationen 7 Frauen sterilisiert wurden. Die Sterilisation als Nebenoperation bei anderen operativen Eingriffen fand bei 26 Frauen statt. In einem Falle (Fall 1) ist die Indikation unbekannt, da das Krankenblatt fehlt.

Zuerst führe ich die wegen medizinischer Anzeige sterilisierten Fälle an:

1) 3 Frauen wegen Vitium cordis (Fall 2, 47 und 55).

Fall 2: Patientin mit Mitralinsuffizienz im 3. Monat schwanger, die dreimal geboren hat, wird, weil bei der letzten Gravidität eine Dekompensation eintrat und eine solche wieder zu erwarten ist, sterilisiert, nachdem die Interruptio eingeleitet wurde.

Fall 47: Patientin im 4. Monat schwanger, an Myodegeneratio leidend, die 6 Geburten überstanden hat, wird sterilisiert, nachdem die Schwangerschaft unterbrochen wurde, da eine erhebliche Herzinsuffizienz mit Zeichen von Lungen-, Leber- und Nierenstauung, eine Arrhytmia absoluta und beiderseitige Pleuraergüsse bestehen.

Fall 55: Patientin mit Mitralstenose, die 7 Geburten überstanden hat, wird, da bei den letzten beiden Geburten Dekompensationserscheinungen vorhanden waren, sterilisiert.

2) 2 Frauen wegen Lungentuberkulose (Fall 5 und 36).

Fall 5: Patientin im schwächlichen Zustand im 3. Monat schwanger, die 4 Geburten überstanden hat, wird, da ihre jahrelang bestehende Lungentuberkulose jetzt fortschreitet, sterilisiert.

Fall 36: Patientin, die viermal geboren hat, wird, da sich ihre Lungentuberkulose bei den zwei letzten Geburten weiter verschlechterte sterilisiert

3) 1 Frau wegen Niereninsuffizienz.

Fall 18: Bei dieser Patientin, einer 2-para, die im 3. Monat schwanger ist, mußte 1922 die linke Niere wegen einer Pyonephrose entfernt werden. Da jetzt durch Nierenfunktionsprüfungen festgestellt wurde, daß die rechte Niere insuffizient ist, wurde die Schwangerschaft unterbrochen und die Sterilisation durchgeführt.

4) 1 Frau wegen multipler Sklerose.

Fall 46: Patientin, bei der sich seit der letzten Schwangerschaft die Symptome der multiplen Sklerose wesentlich verstärkt haben und auch eine Abnahme der Intelligenz eingetreten ist, wurde deshalb sterilisiert.

5) 5 Frauen wegen nervöser Erschöpfungszustände bezw. wegen allgemeiner Schwächezustände (Fall 6, 8, 22, 25 und 41).

Fall 6: Patientin in sehr schlechtem Allgemeinzustand und von großer Schwächlichkeit, die elfmal geboren und seit Jahren ein Magenleiden

(Ulcus?) hat, das sich bei der Gravidität verstärkt, wird sterilisiert, da die Patientin weiteren Geburten nicht mehr gewachsen erscheint.
Fall 8: Patientin im 3. Monat schwanger, die sechsmal geboren hat, befindet sich in schlechtem Allgemeinzustand. Außerdem hat sie eine Skoliose, Lungenverschleimung und variköse Geschwürsnarben an den Beinen, die bei der Gravidität aufbrechen. Patientin wurde deshalb sterilisiert und die Schwangerschaft unterbrochen. Ein Attest der Hautklinik stellte fest, daß mit Sicherheit bei fortschreitender Gravidität Geschwüre an den Beinen auftreten, die die Arbeitsfähigkeit aufheben werden.
Fall 22: Patientin, die zweimal geboren hat und bei den Geburten Puerperialpsychosen mit Selbstmordversuchen durchmachte, wird sterilisiert.
Fall 25: 40-jährige Patientin in schlechtem Allgemeinzustand, die achtmal geboren und wiederholt Venenentzündungen am linken Bein überstanden hat, wird sterilisiert.
Fall 41: Patientin, die elfmal geboren hat, machte kurz vor ihrer Einlieferung in die Klinik einen schweren nervösen Erschöpfungszustand durch, der bei der großen Anzahl der überstandenen Geburten weitere Schwangerschaften unerwünscht erscheinen läßt. Patientin wurde sterilisiert.

Nun seien nochmals kurz die wegen medizinischer Anzeige sterilisierten Fälle zusammengefaßt. Wegen Vitium cordis wurden 3 Frauen unfruchtbar gemacht. Alle 3 Patientinnen, die mehrmals geboren hatten, ergaben eine Durchschnittsgeburtenzahl von 5,07. In 2 Fällen waren die Patientinnen schwanger, und es mußte wegen der zu erwartenden bezw. bestehenden Dekompensationsbeschwerden die Schwangerschaft unterbrochen werden. Das Durchschnittsalter dieser Frauen beträgt 36,6 Jahre. Alle drei hatten eine Herzerkrankung, die eine weitere Geburt nicht zuließ, da Dekompensationserscheinungen auftraten oder zu fürchten waren, die das Leben der Frauen gefährdeten (Fall 1, 47, 55). Wegen Tuberkulose der Lunge wurden 2 Frauen sterilisiert. Beide Patientinnen hatten je viermal geboren. In einem Falle bestand Schwangerschaft, und wegen der Schwere der Erscheinungen mußte die Interruptio durchgeführt werden. Bei beiden Patientinnen kam es zu einer Verschlechterung des Leidens durch die Schwangerschaft (Fall 5, 36). Wegen Niereninsuffizienz wurde bei einer 2-para, 35 Jahre alt, die Schwangerschaftsunterbrechung und Sterilisation durchgeführt (Fall 18). Wegen multipler Sklerose wurde eine Frau, eine 4-para, 37 Jahre alt, sterilisiert, da der Zustand sich verschlechterte (Fall 46). Wegen nervöser Erschöpfungszustände bezw. allgemeiner Schwäche wurden 5 Frauen unfruchtbar gemacht. In einem dieser Fälle (6) wird auch die Schwangerschaft unterbrochen. Die Fülle der Krankheitserscheinungen war maßgebend für die Eingriffe.

Die Durchschnittsgeburtenzahl bei diesen wegen medizinischer Anzeige sterilisierten Frauen betrug 7,6, die Höchstzahl der Geburten 11 (Fall 6 und 41). Auf diese hohe Geburtenzahl sind wohl auch die allgemeinen Schwäche- bezw. Erschöpfungszustände der Frauen zurückzuführen, wie in den Fällen 8, 6, 25, 41. Fall 22 hatte nur 2 Geburten. Doch die bei beiden

Schwangerschaften durchgemachten Selbstmordversuche bei Puerperialpsychose ließen eine Sterilisation geeignet erscheinen.

6) 16 Frauen nach Sectio caesarea, davon 15 bei engem Becken und eine bei Placenta praevia.

Bei engem Becken:

Fall 13 (1926): Patientin, 4-para, 37 Jahre alt, mit engem Becken I. Grades nach zweimaliger Zangengeburt und nach zweiter Sectio sterilisiert.
Fall 14 (1926): Patientin, 9-para, 39 Jahre alt, mit engem Becken II. Grades, die dreimal spontan geboren hat, bei der 5 Geburten durch Wendung und eine, die letzte, durch Kaiserschnitt beendet wurde, wurde sterilisiert.
Fall 16 (1926): Patientin, 4-para, 34 Jahre alt, mit engem Becken III. Grades, wird nach zweiter Sectio sterilisiert, nachdem sie einmal spontan gebar und eine Geburt durch Perforation beendet werden mußte.
Fall 20 (1927): Patientin, 4-para, 29 Jahre alt, mit engem Becken I. Grades nach einem Forceps und nach dritter Sectio caesarea sterilisiert.
Fall 24 (1928): Patientin, 2-para, 34 Jahre alt, mit engem Becken II. Grades nach zweitem Kaiserschnitt sterilisiert.
Fall 26 (1928): Patientin, 3-para, 38 Jahre alt, mit engem Becken II. Grades nach dritter Sectio sterilisiert.
Fall 30 (1929): Patientin, 6-para, 43 Jahre alt, mit engem Becken II. Grades, die eine Spontangeburt, zwei Zangengeburten, eine Perforation und eine Sectio überstanden hat, wird nach dem zweiten Kaiserschnitt sterilisiert.
Fall 31 (1930): Patientin, 4-para, 38 Jahre alt, mit engem Becken II. Grades, die eine Spontangeburt, einen Forceps, eine Perforation überstanden hat, wird nach der Sectio caesarea sterilisiert.
Fall 34 (1930): Patientin, 2-para, 26 Jahre alt, mit engem Becken II. Grades, wird nach zweiter Sectio sterilisiert.
Fall 38 (1931): Patientin, 3-para, 35 Jahre alt, mit engem Becken I. Grades, die einmal spontan und einmal mit der Zange geboren hat, wird nach dem Kaiserschnitt sterilisiert.
Fall 35 (1931): Patientin, 4-para, 30 Jahre alt, mit engem Becken III. Grades nach hoher Zange und dritter Sectio sterilisiert.
Fall 42 (1931): Patientin, 3-para, 36 Jahre alt, mit engem Becken II. Grades wird nach dritter Sectio sterilisiert.
Fall 59 (1934): Patientin, 3-para, 25 Jahre alt, mit engem Becken II. Grades, die einmal spontan geboren hat, nach zweiter Sectio sterilisiert.
Fall 61 (1934): Patientin, 4-para, 28 Jahre alt, mit engem Becken II. Grades, die einmal durch Perforation entbunden hat, wurde nach dritter Schnittentbindung sterilisiert.
Fall 62 (1934): Patientin, 3-para, 41 Jahre alt, mit engem Becken II. Grades nach dritter Schnittentbindung sterilisiert.

Bei Placenta praevia:

Fall 19 (1927): Patientin, 11-para, 44 Jahre alt, im 9. Monat schwanger wird im Anschluß an die wegen Placenta praevia vorgenommene Sectio caesarea sterilisiert. Ein Teil der 11 Geburten war pathologisch.

Betrachtet man die bei engem Becken durch Sectio caesarea entbundenen Fälle, so wurden nach der ersten Sectio 3 Frauen (Fall 14, 38, 31), nach der zweiten Sectio 6 Frauen (Fall 13, 16, 24, 34, 59, 30), nach der dritten Sectio 6 Frauen (Fall 20, 26, 35, 42, 61, 62) sterilisiert. Die Gesamtdurchschnittszahl der Kinder beträgt 5,1, die Durchschnittszahl der allein durch Sectio geborenen Kinder 2,2. Dabei ist zu beachten, daß in 8 Fällen (13, 14, 16, 20, 30, 31, 35, 38, 61) eine Geburtserschwerung auch bei den nicht durch Sectio beendeten Geburten bestand, denn sie mußten größtenteils durch Wendung, Zange und Perforation beendet werden. Bei 6 Fällen waren auch Spontangeburten vorhanden (14, 16, 30, 31, 38, 39). Das Durchschnittsalter der Frauen betrug 34,1 Jahre.

Bei einer Frau (Fall 19) wurde die Sterilisierung bei Placenta praevia vorgenommen, wie oben angeführt.

Es folgt die Betrachtung der 7 eugenischen Sterilisationen:

Fall 9: Drei von vier Kindern der im 9. Monat schwangeren 29-jährigen Patientin sind idiotisch, und es ist mit Sicherheit anzunehmen, daß das zu erwartende Kind wieder idiotisch ist. Nach Anfrage beim Bezirksarzt tritt dieser für eine Interruptio und Sterilisierung ein. Die Patientin ist geistig normal, ebenso der Vater. In beiden Familien ist nichts Belastendes zu finden.

Fall 11: 36-jährige Patientin, ledig, 3-para, die imbecill ist, wird nach Rücksprache mit dem Gemeindepfarrer, der sich für eine Unfruchtbarmachung einsetzt, wegen ihres Schwachsinns anläßlich einer Ventrifixur sterilisiert.

Fall 33: 40jährige Patientin, im 3. Monat schwanger, wird sterilisiert nach der Schwangerschaftsunterbrechung, da ihre 3 Kinder einen Wasserkopf haben und imbecill sind, und man erwarten muß, daß das zu erwartende Kind auch imbecill ist. Die Untersuchung in der Kinderklinik ergab, daß bei den 3 Kindern ein Hydrocephalus mit Imbecillität und spastischen Erscheinungen an den unteren Extremitäten besteht. Da der Krankheitszustand bei allen 3 Kindern gleichmäßig entwickelt ist, mußte man annehmen, daß ein familiär erbliches Leiden vorlag. In der Familie ist nichts Ähnliches vorhanden.

Fall 39: 30jährige Patientin, im 3. Monat schwanger, wird nach Unterbrechung der Schwangerschaft sterilisiert, da sie aus einer Familie mit Haemophilie stammt. Ein Kind, ein Bruder und 3 Kinder der Schwester sind Bluter.

Fall 48: 25jährige Patientin wird sterilisiert, da sie aus einer schwer psychopathisch belasteten Familie stammt, selbst schwer psychopathisch ist und an Krampfanfällen und Nystagmus leidet. Ihre 3 Kinder sind auch Psychopathen.

Fall 51: 35jährige Patientin wird sterilisiert, da sie aus einer Bluterfamilie stammt. Ein Bruder der Patientin, ein Knabe der Schwester und 3 eigene Kinder leiden an Haemophilie (Patientin ist Schwester des Falles 39)

Fall 54: Patientin, 18 Jahre alt, ledig, im 4. Monat schwanger, wird sterilisiert nach Interruptio, da die Patientin, Kind einer Vettern-Basenehe,

ausschließlich mit ihren beiden Brüdern geschlechtlichen Verkehr hatte, und alle Geschwister einen körperlich und geistig minderwertigen Eindruck machten und das zu erwartende Kind auch höchst wahrscheinlich minderwertig sein wird (Untersuchungsergebnis der Psychiatrischen Klinik siehe Krankenblatt). Die Häufung der minderwertigen Anlagen und die wieder zu erwartende Kohabitation mit den beiden Brüdern berechtigten eine Sterilisation.

Von den 7 eugenischen Sterilisationen wurden 2 Frauen sterilisiert, weil bei beiden je 3 Kinder imbecill waren (Fall 9 und 33). Auch wurde bei beiden die Schwangerschaft unterbrochen, da damit zu rechnen war, daß das zu erwartende Kind ebenfalls imbecill sei. In beiden Familien ist nichts Belastendes zu finden. In Fall 11 wurde eine ledige imbecille Frau sterilisiert, die 3 Kinder hatte. Ebenso handelt es sich in Fall 54 um eine geistig und körperlich minderwertige Patientin, die bei der Kohabitation mit den Brüdern schwanger wurde. Diese 4 Sterilisationen wären auch heute nach dem Gesichtspunkt des Sterilisationsgesetzes berechtigt. Die folgenden 3 Sterilisationen finden heute noch keine Anerkennung. Zwei Frauen (Fall 39 und 51) wurden sterilisiert wegen Haemophilie. Es handelt sich um Schwestern, in deren Familie 5 Bluter bekannt sind. In beiden Fällen wurde auch die Interruptio durchgeführt. Im dritten Falle (48) handelt es sich um eine Frau, die aus einer psychopathischen Familie stammt und deren Kinder auch Psychopathen sind. Das Durchschnittsalter dieser wegen eugenischer Anzeige sterilisierten Frauen betrug 34,3, die Durchschnittszahl der Geburten 3,1.

Die Sterilisation als Nebenoperation bei anderen operativen Eingriffen fand in 26 Fällen statt (3, 4, 7, 10, 12, 15, 17, 23, 27, 28, 29, 32, 40, 43, 44, 45, 49, 50, 52, 53, 56, 57, 58, 60, 37, 21).

Vaginale Plastiken wurden davon bei 23 Frauen gemacht, wovon in 8 Fällen noch eine Profixur des Uterus (3, 10, 12, 15, 17, 23, 32, 43), in 2 Fällen eine Alexander-Adam'sche Operation (4, 49) und in 2 Fällen (37, 57) eine Vorlagerung des Uterus nach Baldy vorgenommen wurde. In Fall 28 wurde nur eine Profixur des Uterus angelegt. Rechts eine Profixur des Uterus, links eine Alexander-Adam'sche Operation wurde bei Fall 44 ausgeführt.

Operationen, die eine Gebärunmöglichkeit schufen, wurden bei neun Frauen vorgenommen:

1) In 7 Fällen bei einer Interpositio (Fall 27, 40, 43, 53, 56, 58, 60).
2) In einem Falle (29) bei einer Ventrifixur nach Czerny-Leopold.
3) In einem Falle (21), wo eine Operation zur Eröffnung der Vagina bei Atresie derselben nach Sturzgeburt nötig war. Hier hatte die Patientin ein halbes Jahr vor der Aufnahme in die Klinik eine Schnittentbindung wegen Verschlusses der Vagina nach einer Sturzgeburt überstanden. Seit dieser Zeit bestand keine Men-

struation mehr. Patientin wird bei der Eröffnung, Excision und Umsäumung der Narbenplatte sterilisiert.

Das Durchschnittsalter der bei diesen Operationen sterilisierten Frauen betrug 44,4 Jahre. Die älteste Frau (Fall 17) war 50 Jahre, die jüngste (Fall 21) 29 Jahre alt. Es handelt sich bei letzterer um letzt besprochenen Fall. Die Durchschnittszahl der Geburten betrug 5,2, der lebenden Kinder 3,88.

3. Methoden.

Es folgt die Betrachtung der Sterilisationsmethoden. Sterilisiert wurden:

a) nach KEHRER 4 Frauen (Fall 2, 9, 26, 59),

b) durch Keilexcision — Methode nach NEUMANN — 16 Fälle (8, 19, 25, 28, 32, 34, 36, 39, 51, 52, 53, 54, 56, 57, 60, 62),

c) nach MADLANER 14 Fälle (3, 10, 13, 21, 24, 30, 31, 35, 37, 38, 41, 44, 48, 50),

d) nach STOECKEL 4 Fälle (1, 4, 5, 9),

e) nach MENGE 8 Fälle (6, 7, 28, 22, 33, 46, 47, 55),

f) nach DOEDERLEIN 1 Fall (5).

15 Sterilisationsmethoden lassen sich nicht in ein bekanntes Schema einteilen. Sie werden einzeln beschrieben:

Fall 11: Tubensterilisation durch Unterbindung und Durchtrennung der Tube. Die Stümpfe werden durch zwei eingestülpte Nähte versorgt.

Fall 12 und 14: Tubensterilisation durch Unterbindung beider Tuben, Resektion eines 2 bezw. 3 cm langen Stückes, Nebeneinanderknüpfung der freien Enden.

Fall 16 und 17: Resektion eines 3 cm langen Tubenstückes und Aneinanderlagerung der beiden Enden.

Fall 23: Unterbindung beider Tuben, Deckung und Versenkung des zentralen Stumpfes.

Fall 27: Tubensterilisation durch Unterbindung und Durchtrennung.

Fall 29: Abklemmung des distalen Endes der Tube, Unterbindung der Tube, Ligierung der Mesosalpinx, Resektion eines 2 cm langen Stückes und Fixierung des Tubenstumpfes am Uterus, der mit Peritoneum gedeckt wird.

Fall 40: Resektion des isthmalen Teiles der Tube.

Fall 42: Resektion eines 2 cm langen Stückes aus der Tube.

Fall 43 und 61: Beiderseits ein Teil der Tube exstirpiert.

Fall 45: Hervorholen der Tube in ihrem mittleren Verlauf vom Laparotomieschnitt aus, Abquetschung, Resektion und Unterbindung der beiden Stümpfe mit einem Catgutfaden.

Fall 58: Tuben durchschnitten und unterbunden.

Fall 20: Da die rechte Tube unter starker Spannung steht, wird sie unter Abtragung der Ampulle auf die vordere Uteruswand fixiert. Linke Tube typisch nach Madlaner.

4. Neben den Sterilisationen ausgeführte Operationen

In diesem Abschnitt sollen, nachdem die Sterilisationen und die Operationen, die zu ihnen Veranlassung gaben, in den vorhergehenden Kapiteln besprochen wurden, die operativen Eingriffe betrachtet werden, die daneben ausgeführt wurden.

Die Unterbrechung der Schwangerschaft wurde in 10 Fällen (2, 5, 8, 9, 18, 33, 39, 47, 51, 54) vorgenommen und zwar aus eugenischer bezw. medizinischer Indikation. Da diese Anzeigen schon eingehend bei den medizinischen und eugenischen Sterilisationsindikationen beschrieben wurden, seien sie hier nur kurz erwähnt.

a) Aus eugenischer Anzeige erfolgte die Interruptio in 5 Fällen (9, 33, 39, 51, 54).

Fall 9: 3 von 4 Kindern der im 3. Monat schwangeren Patientin sind idiotisch und mit Sicherheit ist wieder ein idiotisches Kind zu erwarten.
Fall 33: Patientin, im 3. Monat schwanger, hat 3 lebende Kinder, die alle einen Wasserkopf mit starker Imbecillität und spastischen Erscheinungen an den Extremitäten haben. Interruptio, da das zu erwartende Kind bestimmt idiotisch sein würde.
Fall 39: Patientin, im 3. Monat schwanger, stammt aus einer Bluterfamilie, von der 5 Mitglieder an Haemophilie leiden.
Fall 51: Die im 4. Monat schwangere Patientin ist Schwester der vorhergehenden. Die Interruptio wird aus dem gleichen Grunde vorgenommen.
Fall 54: Patientin, O-para, im 4. Monat schwanger, hat ausschließlich mit ihren beiden Brüdern kohabitiert. Die Geschwister aus einer Vettern-Basenehe stammend, sind körperlich und geistig minderwertig.

b) Interruptio aus medizinischer Anzeige erfolgte in 5 Fällen (2, 5, 8, 18, 47).

In 2 Fällen erfolgte die Interruptio wegen Vitium cordis. In dem einen Falle (2) handelt es sich um eine Mitralinsuffizienz, die bei früheren Schwangerschaften dekompensiert war, in dem anderen (47) um eine Myodegeneratio mit schweren Insuffizienzerscheinungen.
Fall 5: Patientin, 4-para, im 4. Monat schwanger, leidet an fortschreitender Lungentuberkulose.
Fall 8: Patientin, 6-para, im 3. Monat schwanger, befindet sich in sehr schlechtem Allgemeinzustand. Ferner hat sie eine Skoliose, Lungenverschleimung und variköse Geschwürsnarben an den Beinen.
Fall 18: Die im 3. Monat schwangere Patientin leidet an einer rechtsseitigen Niereninsuffizienz, nachdem ihr die linke entfernt werden mußte.

Die Schwangerschaftsunterbrechung wurde in 6 Fällen im 3. Monat und bei 4 Fällen im 4. Monat durchgeführt. Bei den eugenischen Schwangerschaftsunterbrechungen war die Durchschnittsgeburtenzahl 3,3, bei den medizinischen 4,2. Das Durchschnittsalter betrug bei Betrachtung aller 10 Fälle 32,3.

Herniotomien wurden ausgeführt in Fall 1 und 22, Polypabtragung in Fall 12, Salpingoophorektomie bei Lösung eines Ovarialtumors in Fall 25, Appendektomien in den Fällen 15, 23, 25, 28, 32, 37, 41, 52 und 54.

5. Ausgang.

Von den 62 sterilisierten Frauen ist eine ad exitum gekommen = 1,65%. Dieser Fall sei hier nur kurz besprochen, Genaueres siehe Kasuistik (Fall 42).

Bei dieser Frau wurde eine Sectio caesarea am 1. 9. 1931 wegen engen Beckens II. Grades vorgenommen und, da es sich um die dritte Sectio handelte, die Sterilisation durch Resektion eines 1 cm langen Tubenstückes durchgeführt. Der Operationsbericht gibt keinen pathologischen Befund an, und die Operation verlief ohne Komplikationen. Der weitere Verlauf ist dann gestört durch Temperaturen bis 38°; es wird eine Bronchitis festgestellt. Auch traten am dritten Tage nach der Operation katatonische Psychosen auf, worauf die Patientin in die Psychiatrische Klinik am 9. 9. verlegt wurde. Schon bei den beiden vorhergehenden Schnittentbindungen machte die Patientin einen ähnlichen Zustand durch. Am 16. 9. trat nach Ansteigen der Temperatur bis 39,4° der exitus letalis ein.

Die Sektion ergab eine Thrombose der Femoralis, Embolie der Pulmonalis links, Bronchitis und Bronchopneumonie; Uterus nach Kaiserschnitt noch nicht ganz zurückgebildet, Bauchdeckenphlegmone mit umschriebener Peritonitis. Trübe Schwellung der parenchymatösen Organe.

Der Bericht der Psychiatrischen Klinik zeigt, daß als eigentliche Todesursache die schwere katatonische Psychose angesehen werden muß, da es oft beobachtet wird, daß durch diese Zustände die Vitalität in hohem Maße herabgesetzt wird.

Bei Betrachten dieser Angaben kann man wohl annehmen, daß die Lebenskraft der operierten Patienten durch die katatonische Psychose so herabgesetzt wurde, daß sie der Thrombose und den vorhandenen infektiösen Komplikationen erlag.

Zusammenfassung.

In den 11 Jahren unter dem Direktorat GAUSS sind an der Würzburger Frauenklinik 62 Frauen sterilisiert worden. Davon entfallen 13 in die Zeit nach dem Umbruch. Im Durchschnitt wurden jährlich 5,16 Frauen sterilisiert mit einem Durchschnittsalter von 36,5 Jahren und einer Durchschnittskinderzahl von 4,38. Aus medizinischer Indikation wurden 28, aus eugenischer 7 Frauen sterilisiert. Als Nebenoperation bei anderen operativen Eingriffen wurde die Sterilisation 26mal durchgeführt.

Die medizinischen Anzeigen teilen sich auf in 3 Sterilisationen wegen Vitium cordis, 2 wegen Lungentuberkulose, eine wegen Niereninsuffizienz, eine wegen multipler Sklerose, 5 wegen nervöser Erschöpfungszustände bezw. allgemeiner Schwäche, 16 nach Sectio caesarea, davon 15 bei engem Becken und zwar 3 nach einmaliger, 6 nach zweimaliger und 3 nach dreimaliger Schnittentbindung, eine nach Placenta praevia.

7 eugenische Sterilisationen wurden vorgenommen, 2 wegen Imbecillität der 3 vorhandenen Kinder (erbliche Anlage), eine wegen Imbecillität der Patientin, 2 wegen Haemophilie, eine wegen Psychopathia familiaris und eine wegen Häufung von geistig und körperlich minderwertigen Anlagen (Verwandtenehe).

Sterilisationen als Nebenoperationen bei operativen Eingriffen wurden bei 26 Frauen durchgeführt. Davon sind in 23 Fällen vaginale Plastiken gemacht worden und hiervon noch in 8 Fällen eine Profixur des Uterus, in 2 Fällen eine Alexander-Adam'sche Operation, in weiteren 2 Fällen eine Vorverlagerung des Uterus nach Baldy. In einem Falle wurde nur eine Profixur des Uterus und in einem weiteren Falle rechts eine Profixur und links eine Alexander-Adam'sche Operation vorgenommen. Die Zahl der Operationen, die eine Gebärunmöglichkeit schufen, beträgt 9: eine Interpositio in 7 Fällen, eine Ventrifixur nach Czerny-Leopold in einem Fall und die Lösung der Narbenplatte und Eröffnung der Vagina bei Atresia vaginalis nach Sturzgeburt in einem weiteren Falle.

Betrachtung der Sterilisationsmethoden.

Es wurden sterilisiert nach Kehrer 4, durch Keilexcision 16, nach Madlaner 14, nach Stoeckel 4, nach Menge 8 und nach Doederlein 1 Frau. 15 Sterilisationsmethoden sind in keine bekannten Schemata einzuteilen und sind einzeln besprochen.

Die neben den Sterilisationen ausgeführten operativen Enigriffe ergaben 10 Schwangerschaftsunterbrechungen, davon 5 aus eugenischen und 5 aus medizinischen Rücksichten. Herniotomien wurden in 2 Fällen, Polypabtragung in einem Fall, Salpingoophorektomie in einem Fall und Appendektomie in 9 Fällen durchgeführt.

Zum Schluß wird über den Tod einer Patientin an katatonischer Psychose mit infektiösen Komplikationen berichtet.

Es muß festgestellt werden, daß 62 Sterilisationen in 11 Jahren ein Mittelmaß an Zahl darstellt.

Im 3. Band des Handbuches der Gynäkologie von Veit-Stoeckel gibt ENGELMANN an, daß er in den letzten 15 Jahren 79 Sterilisationen ausgeführt hat. Eine Statistik der WINTER'schen Klinik zeigt, daß in 23 Jahren 863 Frauen sterilisiert wurden.

Manche in dieser Arbeit angeführte Indikationen mögen auch heute nicht mehr anerkannt werden, doch sind dies nur verschwindend wenig.

Literatur-Angabe.

ENGELMANN: Veit-Stoeckel, Handbuch der Gynäkologie, Band 3.
NAUJOCKS-BOEMINGHAUS: Technik der Sterilisierung und Kastration.
THIESSEN: Zentralblatt der Gynäkologie, 1935, Band 1.

Herrn Professor GAUSS möchte ich an dieser Stelle für die freundliche Überlassung des Themas und Übernahme des Referates aufrichtigst danken.

Lebenslauf.

Am 8. März 1908 wurde ich als Sohn des Pfarrers *Otto Hoehne* in Gulow bei Perleberg geboren. Ich besuchte das Reformrealgymnasium in Perleberg und Schwarzburg in Thüringen und bestand im März 1930 meine Reifeprüfung. Ich begann im selben Jahr das Studium der Medizin in Heidelberg und legte im Oktober 1932 mein Physikum in Kiel ab. In den klinischen Semestern studierte ich in Berlin und Würzburg, woselbst ich mein Staatsexamen am 6. Februar 1936 bestand.

Hiermit versichere ich ehrenwörtlich, daß ich vorstehende Arbeit unter Benutzung der angegebenen Literatur selbständig angefertigt und verfaßt habe.

Wolfgang Hoehne.